

MARIELA BESSE

**A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM GERONTOLOGIA E A
PRODUÇÃO DO CUIDADO: um estudo de caso**

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo – Escola Paulista de
Medicina, para obtenção do Título de
Mestre em Ciências.

SÃO PAULO

2012

MARIELA BESSE

**A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM GERONTOLOGIA E A
PRODUÇÃO DO CUIDADO: um estudo de caso**

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo – Escola Paulista de
Medicina, para obtenção do Título de
Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Oliveira Cecilio

SÃO PAULO

2012

Besse, Mariela

A equipe multiprofissional em gerontologia e a produção do cuidado: um estudo de caso. /Mariela Besse. -- São Paulo, 2012.
viii, 163f.

Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: The multidisciplinary team in gerontology and care production: a case study.

1. Equipe multiprofissional. 2. Gerontologia. 3. Gestão do cuidado. 4. Saúde do idoso. 5. Envelhecimento.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA

Chefe do Departamento:

Prof. Dr. Luiz Roberto Ramos

Coordenadora do Curso de Pós-Graduação:

Profa. Dra. Suely Godoy Agostinho Gimeno

MARIELA BESSE

**A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM GERONTOLOGIA E A PRODUÇÃO
DO CUIDADO: um estudo de caso**

Presidente da banca:

Prof. Dr. Luiz Carlos Oliveira Cecilio

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Silvia Maria Santiago

Profa. Dra. Sonia Lima Medeiros

Profa. Dra. Sandra Maria Spedo

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela minha existência, por tudo que tem me concedido, por me guiar em mais uma etapa e pelas pessoas maravilhosas que tem colocado em minha vida.

À minha mãe e toda minha família, pelo apoio em mais essa caminhada e compreensão nos momentos em que estive ausente.

Ao Juliano, meu marido, com quem divido minhas angustias, alegrias, desafios e vitórias.

Ao Cecilio, meu querido orientador, pela sua confiança, disponibilidade, dedicação, parceria e inestimável contribuição para que esse trabalho fosse concretizado.

À Naira Dutra Lemos, pela amizade, carinho e por transmitir o seu saber com prazer e amor a todos nós.

Às amigas Claudia Drucker e Cosma Vasconcelos, por me entenderem e me incentivarem.

Na pessoa do Dr. Roberto Dischinger Miranda, agradeço a todos os colegas do Instituto Longevità, pelo apoio e incentivo.

A todos os docentes e colegas do Departamento de Medicina Preventiva/Unifesp pelo apoio.

À Sandra Fagundes, secretaria da pós-graduação pela contribuição valiosa em todas as etapas desse trabalho.

A todos os membros da Disciplina de Geriatria e Gerontologia, pelo apoio recebido.

A toda a equipe do Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso, pela receptividade e carinho que me receberam em todo esse processo.

À CAPES, por ter possibilitado e financiado esta pesquisa.

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	v
Lista de abreviaturas.....	vii
Resumo.....	viii
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Objetivos.....	4
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	5
3 MÉTODOS.....	19
3.1 Tipo de estudo.....	20
3.2 Materiais e procedimentos.....	21
3.2.1 Contexto Social do estudo.....	21
3.2.2 Coleta de dados.....	28
3.2.3 Metodologia de análise dos dados.....	32
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	34
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
6 ANEXOS.....	74
7 REFERÊNCIAS.....	157

Abstract

Bibliografia consultada

LISTA DE ABREVIATURAS

CID	Código Internacional de Doenças
DIGG	Disciplina de Geriatria e Gerontologia
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PADI	Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde

RESUMO

Objetivo: Apreender de que forma os conceitos teóricos da Gerontologia, em particular a ênfase na interdisciplinaridade, são colocados na prática da gestão clínica do cuidado a saúde do idoso. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo com base na metodologia de estudo de caso, com amostra intencional, onde o estudo de campo foi realizado num programa de atendimento domiciliar ao idoso de uma universidade federal no município de São Paulo, entre os meses de setembro a dezembro de 2010. Para a coleta de dados utilizamos a técnica de observação participante, a qual se deu em dois espaços simultaneamente. O primeiro foi à reunião semanal da equipe e tinha como objetivo entender como uma equipe multiprofissional se organiza para operar a produção do cuidado aos idosos, em particular a contribuição de cada profissão visando à produção do projeto terapêutico para cada paciente e suas necessidades específicas. O segundo foi o momento da visita da equipe aos domicílios e tinha como objetivo observar diretamente o relacionamento da equipe com os pacientes e com os cuidadores, em particular a divisão de tarefas entre os profissionais. As reuniões foram gravadas e posteriormente transcritas. À medida que as categorias empíricas iam se delineando, adotamos a uma sistematização das múltiplas dimensões da gestão do cuidado por meio de uma grade analítica, partindo da premissa de que a gestão do cuidado em saúde se realiza em múltiplas dimensões que, imanescentes entre si, apresentam, todas e cada uma delas, uma especificidade que pode ser conhecida para fins de reflexão, pesquisa e intervenção. **Resultados:** Foram identificadas sete categorias empíricas: tutela x autonomia: um embate cotidiano, o estresse do cuidador, cuidado técnico x cuidado leigo, campo e núcleo de saberes e práticas: cotidianos exercícios de interdisciplinaridade, a enfermeira como gestora do cuidado, a regulação profissional do acesso aos serviços de saúde, quando as carências dificultam o bom cuidado, por meio das quais foi possível verificar o impacto da tutela sobre a pessoa idosa, a importância da conjunção do cuidado técnico com o cuidado leigo realizado no domicílio para a implementação do plano de cuidados, que o desenvolvimento de uma prática interdisciplinar depende intensamente da interação entre as especialidades, propiciando assim deslocamentos dos núcleos profissionais de modo que existe uma construção conjunta frente às necessidades dos usuários e mesmo diante de uma elaborada política pública pacientes, familiares e programa enfrentam diversas dificuldades para a realização de um cuidado integral. **Conclusão:** a partir dos resultados pode-se observar produção do cuidado por meio do trabalho interdisciplinar e a necessidade de uma maior valorização da pessoa idosa e de suas demandas para a concretização das políticas públicas vigentes.

Da geração da vida à sua manutenção e finitude é preciso cuidado (Arruda, Gonçalves, 1999), e especialmente na população idosa esse cuidado se torna mais complexo, devido à fragilidade desta fase da vida. O envelhecimento representa um processo bio-psico-social-cultural que gera demandas complexas, principalmente nos países em desenvolvimento, onde esta longevidade é acompanhada pela maior incidência e prevalência de doenças e condições crônicas. Assim, o cuidado a esta população exige a incorporação de conhecimentos de diferentes áreas para uma assistência efetiva desenvolvida sob a ótica do trabalho interdisciplinar, uma vez que um profissional isoladamente não consegue dar conta de todas as dimensões do cuidado humano.

No entanto, com o advento da longevidade, profissionais e serviços de saúde enfrentam importantes desafios quando se trata de pensar e realizar o seu trabalho, a fim de atender as demandas das pessoas idosas, o que tem levado ao desenvolvimento de uma atenção em saúde a partir da conjugação do trabalho de vários profissionais que se complementam para atender as necessidades desta população, e isso só é possível por meio do reconhecimento da multidimensionalidade do ser humano que impõe uma abordagem interdisciplinar nos diferentes contextos do trabalho em saúde.

Peduzzi (1998) coloca que as propostas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) defendem a necessidade de pensar o trabalho em equipe multiprofissional com vistas à interdisciplinaridade, contribuindo, dessa forma, para a concretização da integralidade e de uma assistência de boa qualidade. No entanto, ao longo da formação profissional em saúde, são oferecidas poucas experiências que promovam esse aprendizado, de modo que, na prática, os profissionais que acreditam que a atuação interdisciplinar se constitui na melhor forma de abordar os problemas de saúde precisam, cotidianamente, inventar e reinventar modos de atuar interdisciplinarmente (Campos, Domitti, 2007).

Nesse contexto, o atendimento domiciliar, emerge como um modelo *continuum* de atenção à saúde do idoso que possibilita uma assistência permeada pelas diversas interações entre idoso, família, profissionais e toda a

rede que se forma em torno do processo de produção do cuidado em saúde. Essa particularidade se deve ao fato do espaço do domicílio ser muito propiciador do encontro desses atores sociais (Franco, Merhy, 2008).

O presente estudo foi desenvolvido junto a um serviço de atendimento domiciliar ao idoso, tendo como foco de interesse a gestão do cuidado sob a ótica do agir interdisciplinar.

1.1 Objetivos

Objetivo Geral

Apreender de que forma a gestão clínica do cuidado à saúde do idoso se estabelece no trabalho em equipe a partir do princípio da interdisciplinaridade.

Objetivos específicos

1. Caracterizar o funcionamento de equipe de atendimento domiciliar aos idosos.
 2. Compreender como se dá o processo de tomada de decisões pela equipe nas situações concretas de trabalho, em particular aquelas que dependem da produção de consenso entre profissionais com formações diferentes.
 3. Caracterizar a relação da equipe com os cuidadores do paciente.
 4. Caracterizar o quanto o trabalho da equipe resulta em maiores graus de autonomia para o paciente e seus familiares
-

Com o aumento significativo da população idosa nas últimas décadas este tema tem sido cada vez mais debatido nos meios acadêmicos e na mídia, mas a literatura nos mostra que a preocupação com a velhice e seus efeitos sobre a vida dos indivíduos existe desde o início da civilização, um exemplo disso são as inquietações do filósofo e poeta egípcio Ptah-Hotep, que viveu há 2500 anos a.C., e lamentava quão penosa era a vida do ancião, e reclamava dizendo: “dia a dia vai enfraquecendo, a visão baixando, o ouvido se tornando surdo, a força declinando, o corpo não encontrando repouso, a boca se tornando silenciosa e já não falando” o que para Aristóteles significava a decadência de um homem. Em contrapartida, na visão do filósofo Platão da Grécia antiga, ficar velho era o apogeu de uma vida, ao passo que, para Homero, a velhice era associada à sabedoria. Sócrates pregava que, para indivíduos prudentes e bem preparados, a velhice não constituiria peso algum (Beauvoir, 1990).

Na atualidade, a velhice continua a viver sua dicotomia, por vezes exaltada, como na visão platônica, ou arrasada, a exemplo da visão aristotélica. Para Simone Beauvoir (1990), não existe reciprocidade no olhar que a sociedade lança sobre o velho, denunciando todo o fracasso de nossa civilização. A Velhice é um desafio para todos, uma vez que, com a evolução da ciência, a expectativa de vida vem crescendo em nível mundial.

O aumento da população idosa, e por sua vez a expansão da expectativa de vida ao nascer, é uma realidade iniciada entre o final do século XIX e início do século XX, por meio das mudanças ocorridas após a Revolução Industrial, uma vez que esta desencadeou avanços tecnológicos e científicos que transformaram todas as políticas médico-assistenciais e conseqüentemente melhorias econômicas e a urbanização.

Todo esse processo contribuiu para o aumento da população mundial, com a redução progressiva da taxa de mortalidade não somente infantil como também das outras etapas da vida, uma vez que um maior número de pessoas tem acesso à assistência de programas como campanhas de vacinação infantil, melhoria nos cuidados básicos de saúde, nutrição, higiene e saneamento

básico, o que possibilitou um aumento progressivo de indivíduos passarem por todas as etapas da vida e alcançar à velhice.

A velhice é a última fase do ciclo vital e é delimitada por eventos de natureza múltipla, incluindo, por exemplo, perdas psicomotoras, afastamento social, restrição em papéis sociais e déficits cognitivos. Segundo convenções sócio-demográficas atuais, idosos são pessoas com mais de 60 anos, nos países em desenvolvimento, e de mais de 65 anos, nos países desenvolvidos. No entanto, para além de critérios cronológicos, à medida que o ciclo vital da humanidade se alonga, aumenta substancialmente a heterogeneidade entre os idosos. Gênero, classe social, saúde, educação, fatores de personalidade, história passada e contexto sócio-históricos são importantes elementos que se mesclam com a idade cronológica para determinar diferenças entre os idosos, dos 60 aos 100 anos ou mais (Neri, 2001).

O estudo acadêmico da velhice começou no início do século XX, quando em 1903, Elie Metchnikoff, sucessor de Pasteur, defendeu a idéia da criação de uma nova especialidade, a gerontologia, denominação obtida a partir das expressões gero (velhice) e logia (estudo). Ele propunha um campo de investigação dedicado exclusivamente ao estudo da velhice, envelhecimento e dos idosos, em virtude dos ganhos em longevidade para os indivíduos e as populações, provocados pelo avanço da ciência (Netto, 2006).

Mais recente ainda, na década de 1980, a gerontologia é conceituada por Maddox¹, em 1987, como um campo multi e interdisciplinar que visa à descrição e explicação das mudanças típicas do processo do envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais. Interessa-se também pelo estudo das características dos idosos, bem como das várias experiências de velhice e envelhecimento ocorrendo em diferentes contextos socioculturais e históricos (citado por Neri, 2001).

¹ Maddox GL. The Encyclopedia of Aging. New York: Spring (1987) apud Neri AL. Palavras-chave em Gerontologia. Campinas. Alínea. 2001.

Essa visão holística acerca do processo de envelhecimento, na qual são valorizados tanto os determinantes intrínsecos quanto os extrínsecos que imbricados entre si constitui-se em um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente (Netto et al., 2005), tem permitido cada vez mais o desenvolvimento de programas multidisciplinares na assistência a saúde do idoso.

Entretanto, com o advento da longevidade, tem-se na atualidade um quadro prevalente de doenças crônico-degenerativas, que somado ao processo normal de envelhecimento, que por si só já diminui a capacidade funcional de cada sistema do organismo, levam o idoso a consequências que determinam o desenvolvimento de limitações e incapacidades permanentes, interferindo na sua qualidade de vida.

2.1 Envelhecimento Populacional

Segundo projeções da Organização das Nações Unidas (ONU, 2001)², a proporção de idosos na população mundial quase dobrou. Na sua última revisão publicada em 2011, a expectativa do número de idosos na população mundial para 2011 era de 274 milhões, mas como o contingente de pessoas idosas tem crescido de forma expressiva este número passou para 510 milhões e estima-se que em 2050 serão mais de um bilhão e meio, representando cerca de 20% da população mundial.

Nos países desenvolvidos, melhores condições de saneamento, nutrição, ambiente de trabalho, moradia e higiene pessoal, caracterizando nível elevado de vida, contribuíram para aumentar a longevidade na primeira metade

² ONU, 2001. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011). World Population Prospects: The 2010 Revision, Volume I: Comprehensive Tables. ST/ESA/SER. A/313. [acesso em 2011 Nov.10]. Disponível em: <http://esa.un.org/unpd/wpp/Documentation/publications.htm>

do século passado, iniciando esse processo 50 anos antes dos países em desenvolvimento (Kalache, 1987), ou seja, se deu de maneira lenta e gradativa, evoluindo juntamente com a economia e com a redução das desigualdades sociais. Nos países em desenvolvimento, este processo ocorreu em um curto período de tempo e sem que houvesse desenvolvimento socioeconômico (Giatti, Barreto, 2003), marcado basicamente pela somatória de fatores como: diminuição da mortalidade infantil; diminuição da fecundidade e o aumento da expectativa de vida ocasionada pelo desenvolvimento tecnológico e da indústria farmacêutica.

O Brasil, a exemplo de outros países em desenvolvimento, chegou ao final do Século XX com uma nova configuração de padrão demográfico, resultante das acentuadas mudanças nos níveis de fecundidade e de mortalidade que correram nas últimas décadas e, sobretudo, da aceleração do declínio da taxa de fecundidade a partir de meados da década de 1970. Entretanto, embora ocorra o prolongamento da vida a prevenção de doenças ainda é um desafio, pois a mudança na nossa pirâmide etária deve-se a um maciço processo de urbanização, sem alterações marcantes na distribuição de renda e na estrutura do poder social (Ramos, 2002).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística³ (IBGE) a proporção de idosos no Brasil em 2000 era de 9%, com previsão de atingir a marca dos 15% no ano de 2020, isto já o classificava, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), como um país estruturalmente envelhecido quando a proporção de idosos na sua população ultrapassa 7%. Além disso, as projeções do IBGE mostram que em 2050 haverá cerca de 38 milhões de idosos o que colocará o Brasil na sexta posição entre os países com maior proporção de idosos no mundo. Apesar do processo de envelhecimento recente, a população brasileira pode ser considerada uma das maiores do mundo, superior a da França, Itália e Reino Unido.

³ IBGE. População Brasileira envelhece em ritmo acelerado: Disponível em: [HTTP://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272&id_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272&id_pagina=1) [acesso 2010 abril 5].

Diante disso, podemos dizer que o ritmo de crescimento da população idosa em nosso país, tem sido sistemático e consistente. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2009), o número de idosos na população alcançou os 21 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade.

Pesquisas nos mostram que o aumento da longevidade também é expresso em números significativos, embora sozinho não é um elemento que determina o envelhecimento populacional, o qual depende do binômio fecundidade/mortalidade (Freitas, 2006). Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2000)⁴, a expectativa de vida passou de 55 anos na década de 1960 para 64 anos na década de 1990. Em 2006 a Organização Mundial de Saúde afirmou que, em 2020, a expectativa de vida do brasileiro seria de 72,1 anos. Entretanto, segundo pesquisa do IBGE a expectativa do brasileiro nascido em 2010 alcançou 73,5 anos de vida. No ano anterior, a expectativa de vida era de 73,2 anos.

Se, por um lado, este aumento da expectativa de vida é o resultado de políticas de incentivos na área da saúde e de progresso tecnológico, por outro, ele acarreta enormes desafios sobre o sistema de saúde e previdência social, uma vez que quase metade da nossa população idosa (48,9%) sofre de mais de uma doença crônica.

Segundo Paschoal (1996), afecções tais como acidentes vasculares cerebrais, diabetes mellitus, osteoporose, acometimentos articulares e reumatológicos, doenças degenerativas do sistema nervoso central como Parkinson, demências, depressão e outras – são as grandes responsáveis pelas causas da morbimortalidade e incapacitações entre aqueles que envelhecem. Desta forma, podemos identificar como consequência do aumento da sobrevida da população idosa uma modificação epidemiológica com o aumento da prevalência de doenças crônicas, responsáveis por 85% das doenças nos idosos.

⁴ IPEADATA. Dados regionais, nível Brasil, temas: esperança de vida ao nascer, mortalidade infantil e taxa de fecundidade. Disponível em: http://www.ipeadata.gov.br/ipeaweb.dll/geoshwo1?sessionID=1140064258&SERID=1907586729_120&NoCache=144607218&ATEMP=F. [Acesso 2010 Abril 10]

2.2 Políticas Públicas

Embora a Constituição Brasileira (Brasil), apresenta uma concepção ampliada de saúde, o perfil epidemiológico da população idosa exige da sociedade formulações de políticas específicas que possibilitem o oferecimento de serviços de saúde que atendam a essa nova demanda

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Art. 196).

Desta forma, nas últimas décadas houve a formulação de diversas políticas públicas governamentais voltadas para as necessidades da população idosas como apresentado a seguir.

1) *Política Nacional de Saúde do Idoso (Brasil)*

Fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa, em conformidade com a Lei Orgânica e com a Política Nacional do Idoso. Tem como propósito “a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, [...] da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde [...] e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida”. A PNSI aponta diretrizes essenciais para o alcance destes propósitos, incluindo a capacitação de recursos humanos especializados.

2) *Estatuto do Idoso* (Lei 10.741/2003 – Brasil)⁵

Enfatiza a interface entre intersectorialidade e *direito à saúde*:

“É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde” (Art. 15).

Incorpora o conceito de integralidade da atenção, ao afirmar que

“o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhe [...] todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade” (Art. 2).

Coerentemente, o Estatuto do Idoso aborda a problemática de recursos humanos:

“As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda” (Art. 18).

Como apresentado, no Brasil, muitas são as políticas que focam o idoso e sua família; porém, as dificuldades na implantação abrangem desde a precária captação de recursos ao frágil sistema de informação para a análise de condições de vida e saúde, passando, evidentemente, pela inadequada capacitação de recursos humanos. Apesar de, nos últimos anos, o processo de envelhecimento vir sendo mais discutidas, as mudanças a ele intrínsecas ainda não parecem claras para a sociedade e suas instituições. Ou seja, do ponto de vista da normatização legal, o envelhecimento é protegido no Brasil, havendo diretrizes a serem seguidas, mas na prática a incorporação desses aspectos ainda é muito precária.

⁵ Brasil. Parecer nº 1301 de 2003. Estatuto do Idoso. Projeto de Lei da Câmara nº 57. Brasília, DF: Senado Federal, Comissão Diretora; 2003.

2.3 Trabalho em equipe multidisciplinar: pluridisciplinar ou interdisciplinar

A revolução técnico-científica marcada pela intensa produção de novos saberes e aparatos tecnológicos, desencadeou um processo de desarticulação do saber que modificou a forma de gestão do trabalho em saúde, exigindo cada vez mais a formação de profissionais em diversas especialidades, transformando o cuidado à saúde numa estrutura fragmentada e distanciada da visão holística do ser humano. A saída para essa desintegração pode ser o desenvolvimento de um trabalho de base interdisciplinar, como forma de superação da atuação muito fragmentada dos especialistas e das várias profissões.

A questão que se apresenta em relação ao trabalho em equipe multiprofissional é exatamente se esta relação tem caráter interdisciplinar ou não. Conforme já descrito nos itens anteriores o processo de envelhecimento, pelo seu caráter multifatorial e multidimensional associado ao crescimento da população idosa levou ao surgimento da Gerontologia, conceituada como um campo multi e interdisciplinar a fim de explicar todos os aspectos que envolvem essa fase da vida.

Entretanto, após pesquisa bibliográfica verificamos que o termo ainda é complexo e controverso, pois tem várias interpretações o que influencia na sua concretização. Diante disso, recorreremos a Japiassu⁶ (1976), para diferenciar o que é multidisciplinar, pluridisciplinar e o que se entende por interdisciplinar, uma vez que o autor é considerado o responsável por introduzir as concepções sobre interdisciplinaridade no Brasil, a partir de 1976, decorrentes do congresso de Nice, na França em 1969 (citado por Santos e Cutolo, 2003).

Japiassu, em 1976, introduz o fato do termo interdisciplinaridade não possuir um caráter epistemológico definido e acabado, tratando-o como um neologismo que se presta a múltiplas interpretações. A partir da possibilidade de ter muitos significantes é que provém o fato de ser tão difícil trabalhar

⁶ Japiassu H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago, 1976. Apud Santos MAM, Cutolo ARA. Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2003;32(4).

conceitualmente este tema. O autor frisa a importância de diferenciar interdisciplinaridade de conceitos semelhantes, como multidisciplinaridade e pluridisciplinaridade.

Em relação à multidisciplinaridade, Japiassu pondera:

“... devemos afastar como inadequado o termo “multidisciplinar”, pois só evoca uma simples justaposição, num trabalho determinado, dos recursos de várias disciplinas, sem implicar necessariamente um trabalho de equipe e coordenado. Quando nos situamos no nível do simples multidisciplinar, a solução de um problema só exige informações tomadas de empréstimo a duas ou mais especialidades ou setores do conhecimento, sem que as disciplinas levadas a contribuir por aquela que as utiliza sejam modificadas ou enriquecidas” (citado por Santos e Cutolo, 2003).

Quanto ao termo pluridisciplinar, o autor o define como sendo uma

“justaposição de diversas disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo a fazer aparecer às relações existentes entre elas – um sistema de um só nível e de objetivos múltiplos, com cooperação, mas sem coordenação”

Japiassu⁷ (1976) refere-se ao multidisciplinar e ao pluridisciplinar como um “agrupamento intencional ou não” de conhecimentos, sem, no entanto, haver uma busca real de objetivos comuns. Já em relação à interdisciplinaridade, o mesmo autor escreve:

“a interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, no interior de um projeto específico de pesquisa. [...] O fundamento do espaço interdisciplinar deverá ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares. [...] Podemos dizer que nos reconhecemos diante de um empreendimento interdisciplinar todas as vezes que ele conseguir incorporar os resultados de várias especialidades, que tomar de empréstimo a outras disciplinas certos instrumentos e técnicas metodológicas, fazendo uso dos esquemas conceituais e das análises que se

^{7 7} Japiassu H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago, 1976. Apud Santos MAM, Cutolo ARA. Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2003;32(4).

encontram nos diversos ramos do saber, a fim de fazê-los integrarem e convergirem, depois de terem sido comparados e julgados” (citado por Santos e Cutolo, 2003).

Considerando as características do processo de envelhecimento e o conceito de interdisciplinaridade apresentado por Japiassu (1976), podemos inferir que a atuação de uma equipe multiprofissional pautada na interdisciplinaridade no campo da gerontologia pressupõe um trabalho coordenado e com objetivo comum, partilhado por vários núcleos de saber.

No entanto, a implantação de uma atuação interdisciplinar requer a conscientização em relação às suas dificuldades e potencialidades, para que possa haver abertura em direção a um fazer coletivo (Jacob Filho, Sitta, 1996). Na equipe interdisciplinar, precisa haver tolerância para a superposição dos limites entre os papéis; é preciso ter flexibilidade suficiente para assumir os papéis de outros especialistas e, ao mesmo tempo, ser suficientemente seguro para tolerar que alguém participe do seu papel, sem ficar na defensiva. Via de regra, na equipe interdisciplinar, as relações entre as diversas funções são resultado de negociações e de acordos (Cott, 1998)

Geralmente há uma dificuldade de interação entre os profissionais envolvidos, já que cada um teve uma formação segundo os princípios éticos e corporativos de cada profissão, desconhecendo os potenciais que existem em cada componente da equipe. Essa falta de integração e comunicação entre os profissionais tem certamente a sua origem na graduação, pois cada profissional se forma sem interagir com outros profissionais da saúde, sem um espaço comum de atuação que permita a troca de conhecimentos e possibilite a ação coordenada para atingir um objetivo comum.

No entanto, Gomes (1997)⁸ reforça que:

“(...) a interdisciplinaridade não deve ser confundida com a estrutura de uma equipe multiprofissional. Ela emerge não da sua composição, mas da sua funcionalidade, que certamente dependerá, a nosso ver, da forma como cada profissional percebe e se apropria do seu saber, da sua profissão, das suas funções, dos seus papéis e, também, das expectativas que possa ter em relação ao outro, em relação à sua tarefa e em relação à sua vida” (citado por Santos e Cutolo, 2003).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) recomenda que, quaisquer que sejam as atividades de promoção planejada de saúde, deverão incluir atuações no campo biológico, psicossocial, político e legal, e que a promoção da saúde do idoso deverá estar a cargo de uma equipe interdisciplinar (OPAS, 1992). No Brasil, em 1994, foi promulgada a Política Nacional do idoso (PNI)⁹, a qual considera como pessoa idosa o indivíduo com 60 anos ou mais e tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva.

As propostas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) defendem a necessidade de pensar o trabalho em equipe multiprofissional com vistas à interdisciplinaridade, contribuindo, dessa forma, para a concretização da integralidade e de uma assistência de boa qualidade. No entanto, a realidade dos serviços de saúde no Brasil, assim como a formação atual dos profissionais, não tem contribuído substancialmente com um repertório que auxilie os profissionais a construir esse modo de trabalhar na sociedade.

Desta forma, com o advento da longevidade, profissionais e serviços de saúde enfrentam importantes desafios quando se trata de pensar e realizar o seu trabalho, a fim de atender as demandas das pessoas idosas, o que tem levado ao desenvolvimento de uma atenção em saúde a partir da conjugação do trabalho de vários profissionais que se complementam, para atender as necessidades desta população, e isso só é possível por meio do reconhecimento

⁸ Gomes DCR. (org). Interdisciplinaridade em Saúde: um princípio a ser resgatado. Uberlândia: Edufu, 1997. Apud Santos MAM, Cutolo ARA. Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. Arquivos Catarinenses de Medicina. v.32; nº 4; 2003.

⁹ Brasil. Lei Federal nº 8.842. Política Nacional do Idoso (PNI), de 04 de janeiro de 1994. Brasília, MPAS, 1994.

da multidimensionalidade do ser humano que impõe uma abordagem interdisciplinar nos diferentes contextos do trabalho em saúde.

A este respeito, Gomes (1997)¹⁰, escreveu confirmando que:

“O saber interdisciplinar propicia, ao profissional de saúde, condições de perceber o homem como um todo, estimulando-o a desenvolver uma visão profissional que transcenda a especificidade do seu saber, no sentido de facilitar a compreensão das implicações sociais, decorrentes da sua prática, para que esta possa se transformar realmente num produto coletivo eficaz. Essa visão contribui para a pulverização da hegemonia de determinados saberes sobre outros, como no caso do saber médico, altamente valorizado dentro de uma concepção biológica do processo saúde-doença.” (citado por Santos e Cutolo, 2003)

Na literatura em saúde, ainda são modestos os relatos de experiências interdisciplinares desenvolvidas no campo da prática assistencial saúde. Esse dado faz pensar tanto nas dificuldades que a interdisciplinaridade tem enfrentado para efetuar-se na prática, quanto no fato dos profissionais dos serviços não estarem habituados a relatarem suas experiências, contribuindo para a articulação teoria-prática e para a divulgação de experiências bem sucedidas que promovam o avanço da perspectiva de atuação interdisciplinar.

As saúdes coletivas e públicas, ao se proporem ser práticas sociais centradas na vida dos homens, poderão encontrar nas práticas interdisciplinares um espaço privilegiado para repensarem teorias, inovarem as formas de pensar a saúde, a doença e a prestação de serviços, concretizando um movimento que aglutine o saber e os sujeitos desse saber. Concretizar esse caminhar em práticas socialmente relevantes no campo da saúde representa mais um desafio para os profissionais desse campo e isso, sem dúvida, depende das complexas trocas que constituem a base do trabalho interdisciplinar (Nunes, 2002).

^{10 10} Gomes DCR. (org). Interdisciplinaridade em Saúde: um princípio a ser resgatado. Uberlândia: Edufu, 1997. Apud Santos MAM, Cutolo ARA. Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. Arquivos Catarinenses de Medicina. v.32; nº 4; 2003.

Reconhecer este universo é, portanto o nosso desafio com a realização deste trabalho com foco na atenção a saúde do idoso, partindo da compreensão de como os profissionais que atuam especificamente nesta área administram esta prática pautada no discurso interdisciplinar, num universo fortemente marcado pelo paradigma biomédico.

3.1 Tipo de Estudo

A abordagem metodológica escolhida foi à pesquisa qualitativa, a qual possibilita compreender as questões subjetivas das relações. Na busca qualitativa, a preocupação com o aprofundamento e abrangência da compreensão de um grupo social, por exemplo, é o mais importante. O pesquisador quando utiliza esse tipo de abordagem vai “em busca dos significados da ação humana que constrói a história” (Minayo, 2004, p. 36).

Essa escolha nos pareceu a mais pertinente ao objetivo proposto, na medida em que permite apreender de que forma a construção deste campo e da própria história da gerontologia se dá na prática cotidiana dos profissionais de saúde que atendem idosos atuando em uma equipe multidisciplinar, na perspectiva da construção de uma prática verdadeiramente interdisciplinar.

Dentro da abordagem qualitativa, há vários métodos disponíveis. Na presente pesquisa, foi utilizado o Estudo de Caso como base norteadora para o delineamento do estudo, uma vez que esta metodologia nos permite realizar uma coleta de dados mais sistemática sobre o assunto, bem como a compreensão do processo vivenciado pelos seus atores no espaço real de trabalho além de possibilitar inferências a cerca do desencadeamento das ações e seus resultados, como nos diz Chizzotti:

“O Estudo de Caso é um estudo que envolve a coleta sistemática de informações sobre uma pessoa particular, uma família, um evento, uma atividade ou, ainda, um conjunto de relações ou processo social para melhor conhecer como são ou como operam em um contexto real e, tendencialmente, visa auxiliar na tomada de decisão, ou justificar intervenções, ou esclarecer, por que elas foram tomadas ou implementadas e quais foram os resultados (Chizzotti, 2006, p. 135)”.

Constitui-se, pois, em uma busca intensiva de dados de uma situação particular, de um evento específico ou de processos contemporâneos, tomados como “caso”, buscando compreendê-lo o mais amplamente possível, descrevê-lo

pormenorizadamente. É, sobretudo, “um meio de organizar os dados sociais preservando o caráter unitário do objeto social estudado” (Chizzotti, 2006 p. 136).

Desta forma, podemos dizer que esta modalidade não se restringe ao conhecimento específico, único e singular de um caso (indivíduo) específico, mas permite também o estudo de grupos relativamente homogêneos de pessoas com relações interacionais difusas e algumas características identitárias como local de trabalho, profissão, o que permite concentrar o estudo sobre o que ocorre na vida cotidiana, como os membros se interagem, como se comportam em determinadas circunstâncias e situações.

3.2 Materiais e Procedimento

3.2.1 Contexto Social do Estudo

Neste estudo o contexto social selecionado foi o Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso (PADI), da Universidade Federal de São Paulo. O PADI constitui-se em um dos campos de estágio do curso de Especialização em Gerontologia no qual fui aluna no ano de 2005. Além disso, a equipe do PADI compõe um grupo maior denominado Assistência Domiciliar e Cuidadores, do qual faço parte e contribuo nas atividades de ensino e pesquisa no curso de especialização.

A escolha por este serviço deveu-se à experiência vivenciada pela pesquisadora durante a realização do curso de especialização em Gerontologia, no qual foi possível realizar atendimento em conjunto com outras especialidades, interagindo diretamente com paciente/família/equipe, além da participação nas reuniões de equipe. Esse conhecimento prévio do serviço propiciou a sua escolha uma vez que realiza atividades relacionadas ao problema da pesquisa.

O primeiro passo foi o contato com a coordenação do serviço para expor os objetivos da pesquisa e solicitar autorização para realização da coleta

de dados. Após isso, houve a formalização por meio da assinatura da carta de autorização pela coordenadora (Anexo I) e do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo II), sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp (Anexo III).

Neste primeiro contato decidiu-se por uma conversa somente entre coordenação e equipe, tendo em vista as relações de conhecimento da pesquisadora com alguns de seus membros. Após aprovação de todos, iniciou-se a coleta de dados nas reuniões a partir de 14 de Setembro de 2010, na qual o projeto e seus objetivos foram apresentados bem como a técnica de coleta de dados, além disso, foi explicado que a inserção da pesquisadora durante a realização da pesquisa assumiria um caráter periférico, de observação na qual não teria participação ativa nas atividades profissionais considerando seu envolvimento pregresso e atuação profissional na área o que poderia bloquear a análise dos dados. Além disso, foram dadas garantias de respeito aos critérios éticos e sigilo profissional em relação às informações obtidas e liberdade de interromper a participação em qualquer momento.

Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso – PADI

O PADI foi implantado em 1999, a partir da demanda para o atendimento aos idosos usuários da Disciplina de Geriatria e Gerontologia (DIGG) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), localizada no município de São Paulo, cujas condições clínicas e sociais estavam impedindo o acesso ao atendimento ambulatorial. Inicialmente a coordenação ficava sob a responsabilidade de uma médica geriatra, entretanto, tendo em vista o perfil de sua clientela, após seis meses, essa função foi transferida para o profissional do serviço social, o qual está até hoje no cargo.

A princípio, o atendimento era restrito aos usuários da DIGG, porém, a procura pelo serviço provocou sua ampliação. Atualmente o PADI atende a idosos usuários de todo o complexo UNIFESP e idosos encaminhados por outros serviços, desde que preencham os critérios para inclusão: residir em um

raio de até nove quilômetros da UNIFESP, ter um cuidador e necessitar de cuidados que possam ser prestados com segurança no domicílio.

O programa atende idosos encaminhados por todos os serviços da Instituição, por demanda espontânea ou de outras instituições. Depois de confirmado se o paciente preenche os critérios de admissão, o contato da família se dá por meio da entrevista inicial, realizada pelo assistente social. A seguir é agendada a primeira visita, feita pelo profissional médico, enfermeiro e assistente social para verificar se o serviço tem condições de prestar a assistência necessária à saúde deste idoso com segurança. Esses dados são levados para a reunião de equipe e é discutida a viabilidade de inclusão e seu plano de cuidados.

Os objetivos do programa são: promover a individualização e humanização do atendimento, com a possível diminuição de iatrogenias, respeitar a memória física e afetiva dos idosos, reduzir o número de internações e reinternações, reforçar vínculos familiares e sociais, orientar os cuidadores e prestar supervisão e oferecer suporte as famílias para o enfrentamento das dificuldades advindas do cuidar.

Vale destacar aqui que a atenção domiciliar à saúde constitui um serviço geral da atenção à saúde prestada no domicílio, o qual engloba duas diferentes modalidades: o atendimento ou visita e a internação domiciliares, cada qual com seus objetivos e características.

Dentre essas modalidades, o PADI, é classificado como assistência domiciliar à saúde, a qual é uma categoria que pode ser também denominada atendimento ou cuidado domiciliar e baseia-se na plena interação do profissional com o paciente, sua família e com o cuidador, quando esse existe. Ela constitui um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio, relacionadas à atuação profissional por meio da visita domiciliar, envolvendo, assim, atividades que vão da educação e prevenção à recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e seus familiares no contexto de suas residências (Giacomozzi, Lacer, 2006).

A internação domiciliar, por sua vez, é uma categoria mais específica, que envolve a utilização de aparato tecnológico em domicílio, de acordo com as necessidades de cada indivíduo, sendo caracterizada pela permanência da equipe de saúde na residência por no mínimo quatro horas diárias, com acompanhamento contínuo. O indivíduo para ser internado em domicílio precisa apresentar quadro clínico estável, assim como a equipe profissional necessita de rede de suporte para as possíveis eventualidades.

Considerando o contexto no qual se insere uma universidade pública, o Programa busca abarcar os três pilares pressupostos a uma instituição deste tipo: a assistência, o ensino e a pesquisa. Além de sua função primordial (prestar assistência ao idoso em seu domicílio), o PADI serve como campo de estágio para residentes e especializando das áreas de Geriatria e Gerontologia.

Segundo sua coordenadora, o eixo de sua atuação é o trabalho interdisciplinar, a partir da atuação de uma equipe multiprofissional, embora cada profissional tenha vínculos institucionais bem distintos, como mostra o quadro 1.

Quadro 1 – Relação dos profissionais que atuam no PADI

Especialidade	Vínculo Institucional	Função no Serviço
Assistente Social	Funcionário Público	Coordenação / Assistência / Preceptoria
Enfermeiro	Funcionário Público	Assistência
Fisioterapeuta	Voluntário/Afiliado	Assistência / Preceptoria
Fonoaudiólogo	Voluntário/Afiliado	Assistência / Preceptoria
Médico Geriatra	Funcionário Público	Assistência / Preceptoria
Nutricionista	Voluntário/Afiliado	Assistência / Preceptoria
Odontólogo	Voluntário/Afiliado	Assistência
Pedóloga	Voluntário/Afiliado	Assistência
Terapeuta Ocupacional	Voluntário/Afiliado	Assistência / Preceptoria
Residentes em Geriatria	Aluno	Assistência
Especializando em Gerontologia	Aluno	Assistência
Residência Multiprofissional	Aluno	Assistência

Conforme a síntese do quadro acima, podemos observar que o programa conta em sua equipe fixa com apenas três profissionais contratados pela instituição nas seguintes áreas: médico geriatra (atua somente no PADI), assistente social (responsável pelo serviço social de todos os programas da Disciplina de Geriatria e Gerontologia, coordenador do PADI, coordenador do curso de especialização, preceptor), enfermeiro (atua somente no PADI). As demais especialidades (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, podóloga, odontólogo) são oferecidas na forma de trabalho voluntário desses profissionais. Além disso, há a atuação de alunos da residência e especialização em geriatria e gerontologia. Desta forma observa-se uma dependência significativa do serviço com o trabalho voluntário e com a atuação dos alunos dos cursos de pós-graduação *lato sensu*.

A coordenação geral do serviço fica a cargo do profissional do serviço social, especialista em gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, mestre em reabilitação gerontológica e doutorando em Saúde Coletiva, sendo também o membro mais antigo do programa. Além da coordenação do programa, desempenha a função de preceptora dos alunos da especialização em gerontologia e da residência multiprofissional, coordenadora do curso de especialização em gerontologia, orientadora dos trabalhos de conclusão de curso de especializandos em gerontologia e geriatria e responsável pelos atendimentos do serviço social de todos os programas da disciplina de geriatria e gerontologia incluindo o PADI. Devido apresentar uma agenda composta por inúmeras atividades, sua presença física nos domicílios é restrita, o que não impede dela ser uma importante referência para os familiares, por ser a responsável pelo serviço, estar a mais tempo no programa e assim ter um grande conhecimento sobre o funcionamento do serviço.

Há também uma coordenação clínica, sob a responsabilidade de uma médica geriatra, que ocupa o cargo desde 2004. Sua agenda é dividida com as atividades de assistência, preceptoria aos alunos da residência e especialização em geriatria, mais as atividades administrativas referentes às questões médicas, desta forma a maioria das visitas médicas são realizadas pelos alunos de

especialização e residência sob a supervisão da mesma. Embora sua agenda diminua a presença nos domicílios, sua história com o programa permite um conhecimento amplo de todos os pacientes, uma vez que também foi aluna de especialização em geriatria no referido serviço em 2001 e o PADI foi um dos campos de estágio. Após terminar a especialização, em 2002, escolheu o Programa, por gostar do perfil dos pacientes atendidos no domicílio e permaneceu até o final de 2003 no PADI como colaboradora. Em 2004, prestou prova para concurso e assumiu como médica responsável pelo programa e orientadora dos residentes de geriatria e dos alunos da especialização.

Dos profissionais da equipe fixa, o que tem mais contato com os pacientes é o profissional de enfermagem, já que sua carga horária está direcionada para a atividade de assistência, pois não desenvolve tutoria ou acompanhamento de alunos, uma vez que não tem formação na área de gerontologia e o programa não conta com alunos de especialização na área de enfermagem.

Para ser possível o atendimento adequado ao idoso em domicílio, é fundamental a atenção à figura do cuidador, elo entre a equipe e o paciente. As intervenções são baseadas em orientação a esses cuidadores. Suas condições e características pessoais são objeto de atenção e intervenção da equipe, quando necessário.

O programa faz orientações e treinamento aos cuidadores durante as visitas domiciliares para que esses possam dar continuidade aos cuidados. Além disso, é realizada bimestralmente reuniões com todos os cuidadores para possibilitar um espaço de escuta e troca de experiências, bem como abordar temas de interesse e necessidades destes.

Em relação ao vínculo cuidador/paciente, 76% dos cuidadores são informais, sendo 60% cônjuges, 22% filhos e 18% sem vínculo consanguíneo. Encontra-se com frequência cuidadores que envelhecem juntamente com os pacientes. Segundo sua coordenadora, isso tem sido objeto de preocupação, trazendo à tona a urgência da discussão do tema cuidadores idosos, levando-se em conta as dificuldades por eles encontradas e a preocupação sobre seu

próprio envelhecimento. Em função disso, foi organizado um ambulatório voltado especialmente a esses cuidadores, com atendimento multidisciplinar, realizado nas dependências da disciplina de geriatria toda sexta-feira, desde janeiro de 2007, tendo como foco as demandas advindas da sobrecarga da atividade de cuidar, convívio social restrito e alta prevalência de comorbidades, possivelmente relacionadas ao ato de cuidar.

Recentemente o programa traçou o perfil dos 101 cuidadores atendidos no ambulatório, sendo a maioria do sexo feminino (81,2%), entre 61 e 70 anos (34,6%), escolaridade entre 1 e 4 anos (38,6%), casados (66,3%). Quanto ao grau de parentesco, 43,5% são filhos e 40,5% são cônjuges. Apenas 18,8% desempenhavam atividade profissional, ou seja, os demais dependem da renda dos pacientes, dos quais a metade recebia até dois salários mínimos e um terço não apresentava renda própria, o que dá uma dimensão do baixo poder aquisitivo da clientela do programa. A maioria dos cuidadores (82,2%) dedicava-se aos cuidados em período integral e apenas 45,8% realizavam rodízio para cuidar.

As doenças osteoarticulares foram as mais prevalentes entre os cuidadores, seguidas de doenças cardiovasculares, depressão, distúrbios do sono e ansiedade. Dor foi observada em 80% dos cuidadores, sendo a maioria de intensidade severa. Apenas 21% realizavam exercício físico regular; 40,3% participavam de atividades sociais. Os testes de depressão sugeriram que 53,2% dos cuidadores têm suspeitas e 54,8% usavam antidepressivos. Esses dados nos mostram que a maioria dos cuidadores apresentou sobrecarga, convívio social restrito e alta prevalência de comorbidades, possivelmente relacionadas ao ato de cuidar.

A rotina do programa prevê atendimento em conjunto, programados semanalmente, de acordo com a necessidade de cada usuário. Ocorre das 8h. às 17h. nos dias úteis. Fora deste horário, em caso de emergência, os pacientes e familiares são orientados pelo programa a procurarem atendimento hospitalar e levar o prontuário, que fica na casa do paciente, com todas as informações clínicas e evolução do quadro.

O programa realiza reuniões clínicas semanalmente para serem discutidos todos os casos atendidos durante a semana, nela, cada especialidade expõe ao grupo quais foram suas atividades e condutas realizadas no domicílio, bem como orientações passadas aos pacientes e familiares e possíveis demandas observadas de outras áreas. Mais à frente, detalharemos o processo de coleta de dados nessas reuniões, as quais se constituíram em espaço privilegiado para a coleta dos dados.

A maioria dos idosos atendidos pelo PADI é do sexo feminino (71%); prevalece a faixa etária de 81 a 90 anos. As características dos idosos coincidem com as encontradas na maioria dos usuários de programas semelhantes, ou seja, idosos com grau significativo de dependência funcional e de várias comorbidades associadas (45,9% doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; 28,7% demências e depressão; 25,4% doenças cardiovasculares; 22,1% úlcera por pressão; 19,3% história de fratura; 14,4% síndrome do imobilismo).

Segundo sua coordenadora, desde a implantação, o programa já atendeu mais de 200 idosos. Dados da evolução desse atendimento mostram a fragilidade dos pacientes incluídos no programa, pois 57% já vieram a óbito. Mas os mesmos dados revelam a qualidade do serviço prestado, considerando que 26% dos incluídos no programa, em 1999, ainda estão sob atendimento.

3.2.2 Coleta de Dados

Para a coleta de dados, para além da análise documental de dados secundários disponíveis no serviço, utilizamos a técnica de observação participante, a qual consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação, possibilitando ao pesquisador analisar a realidade social que o rodeia, tentando captar os conflitos e tensões existentes (Queiroz et al., 2007).

A tarefa do pesquisador é a de descobrir, por meio dessa técnica, quais são os valores e normas que caracterizam os fenômenos sociais pelos

quais constituem as relações desenvolvidas no campo, valorizando ao máximo o ponto de vista dos autores.

Neste estudo, a pesquisadora pode ser classificada, segundo Lapassade (2005), como observadora interna, uma vez que exerce uma função no meio em que vai estudar. Desta forma, a partir de um papel permanente, desempenhar o papel de pesquisador e desenvolver um “distanciamento” necessário do campo.

A observação participante se deu em dois espaços simultaneamente. O primeiro foi à **reunião semanal da equipe** e tinha como objetivo entender como uma equipe multiprofissional se organiza para operar a produção do cuidado aos idosos, em particular a contribuição de cada profissão visando à produção do projeto terapêutico para cada paciente e suas necessidades específicas. O segundo foi o **momento da visita da equipe aos domicílios** e tinha como objetivo observar diretamente o relacionamento da equipe com os pacientes e com os cuidadores, em particular a divisão de tarefas entre os profissionais. Antes do início da coleta de dados foi realizada uma aproximação com a equipe de profissionais do serviço, após autorização do seu coordenador, para expor os objetivos da pesquisa, solicitar o consentimento de todos para sua inserção no campo, bem como da gravação das reuniões. Todos os sujeitos foram esclarecidos sobre o anonimato das informações, e que elas se destinavam exclusivamente para a pesquisa. As reuniões foram gravadas em meio eletrônico e transcritas (Anexo IV) pela própria pesquisadora, o que permitiu uma escuta detalhada do material coletado.

No planejamento inicial para a coleta de dados, estavam previstos quatro meses, entre setembro de 2010 e janeiro de 2011, para acompanhamento dos profissionais, tanto durante as reuniões de equipe realizadas semanalmente, como nos atendimentos domiciliares. Entretanto, as atividades de campo foram encerradas no dia 07 de Dezembro de 2010, quando observamos já haver certa saturação das informações e conteúdo coletados.

A entrada no campo foi no dia 21 de Setembro de 2010, na reunião semanal da equipe. Inicialmente foi observado que a equipe ficou um pouco inibida, devido à presença do gravador, mas, com o passar do tempo essa preocupação foi sendo dissipada.

Após conversas com vários profissionais e principalmente com a coordenadora do serviço, pode-se entender melhor os detalhes da dinâmica do programa, e perceber que embora já tivesse acesso ao serviço em outras situações, não tinha conhecimento de todos os seus detalhes, o que possibilitou desenvolver um novo olhar, como pesquisadora, vendo-o de forma diferente e assim iniciar certo “estranhamento” em relação ao objeto em estudo. Durante a coleta de dados foi tomado o cuidado de fazer o estranhamento e vivenciar o que DaMatta (1978, p.56) chama de *Anthropological Blues*, o sentimento de solidão no qual o pesquisador mergulha para tentar transformar o exótico em familiar e o familiar em exótico, ou seja tornar estranho aquilo que é familiar. Para isso, foi imprescindível e fundamental a parceria com o orientador para produzir esse distanciamento necessário em virtude dos meus vínculos com o grupo.

Aquino (2001), alerta para a situação em que o pesquisador e o sujeito da pesquisa compartilham valores, concepções e conhecimentos que podem interferir na percepção e opinião do pesquisador. Orienta que o pesquisador mantenha a posição de estranhamento na relação com o sujeito, permitindo lidar com ele, sem negligenciar o vínculo entre discurso, subjetividade e história.

Por sua vez, Wielewicky (2001) discute a relação sujeito-pesquisador, quando ambos exercem a mesma função ou quando são da mesma categoria profissional. Segundo a autora, os sujeitos podem ter uma expectativa de que o pesquisador seja o meio de resolver algum problema assim como podem sentir-se também avaliados em suas atividades. Essa situação poderia ser aplicada a esta pesquisa considerando-se o conhecimento prévio na área e a implicação do pesquisador enquanto membro do grupo e uma relação próxima de amizade com a coordenadora do programa.

Para complementar a coleta de dados utilizou-se o diário de campo que é mais um instrumento nesta etapa, no qual foram registradas as impressões durante o acompanhamento das visitas domiciliares, as quais foram bem menos do que o pretendido devido à falta de transporte enfrentada pela equipe, em muitas situações em decorrência da precária frota de veículo da Universidade e uma greve da residência durante esse período.

As visitas domiciliares possibilitaram vivenciar situações de imensa complexidade, como dramas familiares, situações de sofrimento intenso, sentimento de impotência profissional, falecimento de pacientes. Na sequência, apresentamos algumas situações em particular que dão a dimensão das dificuldades vividas pelos pacientes acompanhados no programa. Numa delas, foi difícil ouvir da esposa e cuidadora, em meio a um choro reprimido para o marido não perceber, que os gastos com a medicação a impediam de comprar alimentos como carne, os quais antes de o marido sofrer um AVC era algo acessível e do qual o marido gostava muito. Em outra, vimos como há pessoas de extrema compaixão neste mundo, mesmo vivendo em circunstâncias desfavorecidas. A cuidadora do paciente era uma amiga dele e o acolheu em sua casa, pois não tinha familiares e, após um AVC que o deixou acamado, ficaria num hospital sozinho. Ela, idosa e sem recursos financeiros, contava apenas com o programa para ajudá-la. Sozinha, não consegue realizar todas as atividades do cuidado, gerando na equipe sentimentos de compaixão e, ao mesmo tempo, de impotência. Por fim, a situação em que presenciamos o último suspiro de um paciente, diante da filha e cuidadora, a qual estava triste, mas ao mesmo tempo aliviada pelo término dessa longa jornada, cheia de dor, sofrimento e muitas dificuldades. Neste momento, há lugar para o abraço afetuoso da assistente social, orientações da enfermagem quanto ao preparo do corpo e uma vontade mútua de todos em colaborar para minimizar o desgaste comum das providências legais.

3.2.3 Análise dos dados

Para a análise do material coletado foi escolhida, como primeira aproximação, alguns elementos da técnica de análise de conteúdo temática, definida por Bardin como:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições e produção/percepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2004).

Como vimos o material disponível para a leitura era tanto as gravações das reuniões de equipe, como as observações anotadas em um diário de campo e atualizadas após cada visita domiciliar que acompanhei. Foi esse material que submetemos a repetidas leituras para identificar, a partir do objetivo deste estudo, os temas presentes nas falas dos atores, para posterior associação das unidades que apresentavam semelhanças temáticas, buscando a construção de categorias empíricas.

À medida que as categorias empíricas iam se delineando, usou-se o “artifício” de adotar a uma sistematização das múltiplas dimensões da gestão do cuidado, no modo como vem sendo trabalhado por Cecilio (2011) - orientador deste trabalho -, como uma espécie de “grade analítica” na qual fomos “depositando” ou organizando as categorias empíricas que iam emergindo do material empírico. Cecilio parte da premissa de que a gestão do cuidado em saúde se realiza em múltiplas dimensões que, imanentes entre si, apresentam, todas e cada uma delas, uma especificidade que pode ser conhecida para fins de reflexão, pesquisa e intervenção. Para o autor, o cuidado resulta da interseção dessas várias dimensões, quais sejam, a individual, a familiar, a profissional, a organizacional, a sistêmica e a societária. Por entender a gestão do cuidado em saúde como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem estar, segurança e

autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz, imaginamos que tal grade analítica poderia contribuir para ir produzindo uma visão mais integrada dos achados do estudo, já que nosso interesse era justamente entender como se dá o cuidado aos idosos a partir do trabalho da equipe multiprofissional. Usamos a “grade analítica” para ir produzindo sentido para o material colhido no campo.

À medida que sistematizamos o material, ia ficando mais claro como o funcionamento cotidiano do PADI se realiza por meio de diversas interações entre idoso, família, profissionais e toda a rede que se forma em torno do processo de produção do cuidado em saúde. De fato, são múltiplas as dimensões do cuidado aos idosos, como sugere Cecilio.

No próximo capítulo, apresentamos de forma sistematizada, bem como a discussão sobre os achados do estudo, tendo como moldura a grade analítica das múltiplas dimensões da gestão do cuidado e, situadas dentro de cada dimensão, as categorias empíricas que foram sendo produzidas. Foi este o procedimento adotado para a análise dos dados.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Como referido no item anterior, para análise dos dados, foi utilizada uma “grade analítica” fornecida pelas múltiplas dimensões da gestão do cuidado, com a intenção de produzir sentidos a partir da articulação entre os vários achados empíricos, em particular todo o material gravado nas reuniões da equipe do PADI e as observações de campo ao acompanhar as visitas domiciliares da equipe.

No decorrer desse processo verificou-se que algumas categorias empíricas, que fomos produzindo, a partir do nosso campo, encontravam ressonância com uma produção anterior na literatura, conforme poderá ser visto nas notas de rodapé no correr da análise dos dados.

Quadro 2 – Grade analítica das categorias empíricas

Dimensão da gestão do cuidado	Categorias empíricas
Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Tutela X autonomia: um embate cotidiano
Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • O estresse do cuidador • Cuidado técnico x Cuidado “leigo”
Profissional / Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • “Campo e Núcleo de Saberes e Práticas: cotidianos exercícios de interdisciplinaridade” • A Enfermeira como Gestora do Cuidado
Sistêmica	<ul style="list-style-type: none"> • A regulação profissional do acesso aos serviços de saúde
Societária	<ul style="list-style-type: none"> • Quando as carências dificultam o bom cuidado

4.1 Dimensão Individual da Gestão do Cuidado em Saúde

Procura-se aqui trazer uma análise acerca da participação do paciente no seu processo terapêutico, com vistas ao exercício de sua autonomia que é atravessada, hora pela tutela familiar, hora pelas ações cotidianas da equipe de saúde.

De acordo com Collopy¹¹ (1998), o cerne do conceito de autonomia é a noção e o exercício do autogoverno. O conceito inclui também os seguintes elementos: liberdade individual, privacidade, livre escolha, auto-regulação e independência moral, os quais permitem aos sujeitos terem liberdade para experienciar o *self* e harmonia com os próprios sentimentos e necessidades (citado por Neri, 2001).

Na velhice, consequência natural do processo de envelhecimento, as manifestações somáticas são principalmente caracterizadas pela redução da capacidade funcional na qual se associam às perdas dos papéis sociais, motoras e afetivas. Para o idoso, a autonomia é mais útil que a independência funcional como um objetivo global, pois pode ser restaurada por completo, mesmo quando o indivíduo continua dependente (Paschoal, 1997).

Para a família e profissionais de saúde, a dependência funcional caracterizada pela incapacidade dos indivíduos realizarem suas atividades diárias por seus próprios meios, em decorrência de limitações físicas e funcionais, muitas vezes é relacionada também ha uma possível inabilidade para o autogoverno.

Podemos dizer que a restrição de autonomia dos idosos costuma ser muito sutil, de forma que o cuidador em geral não percebe que está gradualmente se sobrecarregando em várias áreas (Horowitz et al., 1991).

¹¹ Collopy, 1998, apud Neri AL. Palavras-Chave em Gerontologia. p 69-70. Campinas. Alínea. 2001.

Tutela x autonomia: um embate cotidiano

Essa primeira categoria empírica sintetiza tanto como os indivíduos atendidos no programa tentam manter sua autonomia por meio da tomada de decisões, definindo suas escolhas e tentando produzir novos modos de viver e cuidar de si próprio, como nos apresenta as dificuldades que encontra para isso, em particular as atitudes de tutela por parte dos cuidadores familiares e profissionais que muitas vezes os deixam sem muita escolha.

No material empírico, verificamos que essas atitudes tutelares provem tanto dos profissionais quanto da família, em virtude da fragilidade dos casos atendidos no programa e tem implicado na manutenção e produção da autonomia desses idosos. De acordo com Merhy¹² o ato cuidador adquire, a partir de suas características de composição intrínseca, a presença tensa da relação tutelar comprometida com agires de um sujeito sobre o outro, de modo comprometido e “amarrado” a possibilidade de se agenciar processos de ganhos de autonomia, por este outro que busca uma tutela outorgada, do ato cuidador. Ele entende o ato cuidador como um encontro intercessor entre um trabalhador de saúde e um usuário, e no qual há um jogo de necessidades/direitos. Neste jogo o usuário se coloca como alguém que busca uma intervenção que lhe permita recuperar, ou produzir, graus de autonomia no seu modo de caminhar a sua vida. Coloca neste processo o seu mais importante valor de uso, a sua vida, para ser trabalhada como um objeto carente de saúde.

No material coletado, fica evidente a existência de movimentos de busca de autonomia por parte dos pacientes, como forma de produzir um mundo singular de andar a vida, em termos de autodeterminação, liberdade pessoal e auto-eficácia, como nos mostram os relatos a seguir:

Sr. S. - **Geriatra:** e o nariz tá melhor? Tava com *band-aid*? Fisio: tava sem, e o machucado tava mais sequinho. **Geriatra:** que bom, porque não sei aonde ele viu, mas **comprou pomada de repolho e tava passando no nariz!**

¹² Merhy E. **O desafio da tutela e da autonomia:** uma tensão permanente do ato cuidador. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/prefensores/merhy>>. Acesso em 30 nov. 2011.

Sra. L. - Fisio: ela tinha fisio particular, por um bom tempo, mas agora tá sem, pois não tava aceitando mais. TO: ela tem agora uma cuidadora que ajuda a filha três vezes por semana, mas a cuidadora me disse que dá até vergonha de ficar lá, pois ganha e não faz nada, pois **a paciente não deixa que ela ajude.**

Sr. M - Fisio: eu tinha pedido para ela cortar a bengala que estava muito alta, e ele tem uma resistência em trocar de bengala, ele gosta da pequenininha que está inadequada. **Na hora ela cortou e ficou no tamanho certo e ele pegou, conseguiu andar e ele gostou.** Na hora eu treinei a bengala com ele e ele gostou e disse: “Ficou boa né”. Então ele está andando com a bengala e recebeu bem as orientações.

Sr. M. - Residente: Ela (cuidadora) comprou inalador enquanto a gente tava lá e fizemos uma inalação e deixamos prescrita inalação a cada 6h. Porque **ele não quis ir ao Pronto Socorro e nem no posto** aí a gente conversou com a filha e ela achou melhor comprar o inalador

A questão da autonomia pode se configurar como um espaço de tensão atravessado pelo paternalismo excessivo ou pelo completo abandono. Isso pode ocorrer devido ao cuidador estar afetivamente sobrecarregado por conflitos ligados a história anterior de relacionamento com o idoso, ou por causa dos conflitos familiares gerados pela própria dependência física, psicossocial e econômica do idoso.

É importante notar que este dilema não atinge apenas o cuidador, mas também o idoso fragilizado que, como o primeiro, é um ser histórico, teve um passado de plena autonomia e provavelmente ainda tem aspirações nesse sentido, mesmo que suas atitudes possam levá-lo a situações de risco como nos mostra o trecho a seguir.

Sr. M. - Geriatra “ela deve ter sofrido muito com esse pai, até a esposa tem medo dele, quando ele caiu e ela quis chamar o vizinho para levá-lo ele não deixou e **obrigou-a a pegar a tabua de carne para apoiar nas costas dele e levá-lo.** Ficou assim a tarde toda, tentando levá-lo, até que o vizinho passou e viu essa situação e entrou e ajudou”.

Sra. C. - Paciente com sequela de AVC reside com uma filha e não toma as medicações para Hipertensão e Depressão. Paciente era enfermeira e **não gostava de tomar remédios**, atualmente depende dos cuidados de terceiros para controle de Medicação, **mas não tem tomado os remédios**.

Em virtude de sua história passada, o idoso agora vivendo progressiva perda de autonomia e integridade física dificilmente escapa de sentir desamparo, senso de perda de controle, incerteza e senso de ineficácia pessoal crescente. Várias pesquisas recentes apontam que muitos idosos nessas condições relatam insatisfação com sua crescente dependência e com a forma despersonalizante e paternalista com que são tratados. Parece sofrer mais os que vivem como pessoas ainda capazes de realizar certas tarefas, desde que lhes de oportunidades (Horowitz et al., 1991).

Para Foucault (2007), em “O nascimento da Medicina Social” – os pacientes tendem a perder “o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem”, e, por conseguinte sua autonomia.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO¹³, nos artigos 7 e 8, enuncia a obrigatoriedade do respeito à vulnerabilidade humana e à integridade pessoal, afirma-se que a vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração e que grupos especialmente vulneráveis devem ser adequadamente protegidos, visando garantir o respeito pela dignidade humana nas situações em relação às quais a autonomia e o consentimento se manifesta insuficiente, no entanto, a pessoa em causa deve participar o mais possível no processo de decisão.

Entretanto, quando se trata de pacientes com transtornos neuropsicogeriátricos, como no caso das síndromes demenciais, situação frequente entre os idosos, o que leva há um declínio progressivo com prejuízo na capacidade de julgamento e autodeterminação que os coloca em situação de

¹³ Unesco. Universal draft declaration on bioethics and human rights [Online]. [acesso 2011 Setembro]. Paris; 2005. Disponível em: URL: <http://unesco.org>

vulnerabilidade cognitiva e emocional, torna-se um espaço de tensão permanente entre paciente, família e equipe na realização do ato de cuidar de forma a configurar-se como um agir tutelar e ao mesmo tempo autonomizador. O que observamos na prática foi pouco ou nenhuma condição de participação desses indivíduos no processo de tomada de decisão, como nos mostra o relato a seguir:

“Caso Sr. M: 89 anos, síndrome demencial e alterações de comportamento. **A filha encontra-se estressada e com o objetivo de interditar o pai judicialmente para poder colocá-lo numa instituição.** A equipe já orientou diversas vezes que **ele ainda é lúcido para tal procedimento** e que talvez ela não consiga, mas a mesma verbaliza para o próprio pai seus objetivos, o qual se encontra deprimido com a situação.”

A ordem civil também impõe limitações à autonomia do paciente, a legislação estabelece condições de exercício pessoal desses direitos estabelecendo aos que não puderem exprimir a sua vontade que sejam representados. Ao mesmo tempo em que a legislação tenta proteger os indivíduos vulneráveis, há uma questão que não podemos esquecer, qual seja a coincidência de vontades entre o indivíduo e seu representante ou a prevalência, em princípio, da vontade do representante, trazendo assim limitações jurídicas à autonomia.

Os relatos a seguir nos exemplificam claramente essa condição, nos quais o potencial de autonomia não é trabalho e nem reconhecido sendo tolhido por meio da tutela, onde as vontades, necessidades e desejos são totalmente desqualificados.

Caso Senhora E: pct reside somente com o marido idoso, tem sequelas motoras devido a um AVC. O casal tem condições de contratar um cuidador para auxiliar, uma vez que o marido apresenta muitas dificuldades em realizar os cuidados de forma adequada, **entretanto o mesmo apresenta muita resistência em ter um cuidador e diz que cuida muito bem da esposa.** A equipe já fez vários encaminhamentos para levá-la num centro de reabilitação, mas toda vez que é cobrado o marido diz que nunca recebeu encaminhamento algum, **a paciente usa fralda geriátrica sem necessidade e expressa à equipe que gostaria de usar o banheiro, mas o marido não a leva,**

além disso a idosa reclama da comida que o marido faz e o mesmo insiste que cozinha muito bem.

Caso Sra. Z.: filha não atende a solicitação da equipe de levar a mãe numa consulta com neuro para investigação, pois justifica de dá muito trabalho. **Paciente permanece o tempo todo num quarto no andar superior da casa, com contato restrito com os familiares, não participa do cotidiano do domicílio e solicita maior atenção dos filhos.**

litvin¹⁴, em 1992, declara que décadas de pesquisa sobre a satisfação na velhice mostra que ela é comumente associada à perda de controle pessoal, sentimento de solidão, percepção de afastamento e desamparo, incerteza de relação ao futuro e conflitos familiares, situações estas típicas da transição de status decorrente da perda de autonomia (citado por Neri, 2007).

A dimensão individual da gestão do cuidado em saúde nos mostra nos relatos apresentados que o indivíduo idoso sofre uma progressiva perda de autonomia, a qual pode ser acentuada quando este se encontra numa situação de vulnerabilidade e exige maior demanda de cuidados de terceiros. Além disso, a dependência física é muitas vezes associada à incapacidade para o autogoverno e isso pode gerar um espaço de sofrimento quando o potencial de autonomia não é reconhecido ou trabalho.

Enfim, a situação existencial da pessoa idosa marcada pelas mudanças advindas do processo normal de envelhecimento ou por doenças e transtornos mentais nos leva a refletir sobre o dilema que versa entre autonomia e vulnerabilidade. O material coletado no mostra que mesmo nos casos onde há uma situação de vulnerabilidade importante, onde parece não haver mais nenhuma condição de discernimento ocorrem movimentos de busca de autonomia muitas vezes negados ou desqualificados pela família e equipe, entendemos que este ainda é um espaço de muitos embates a serem discutidos, permeados pela necessidade de proteção ao indivíduo em situação de risco e ao mesmo tempo pelo respeito a sua dignidade e direito de escolha.

¹⁴ Litvin (1992), apud Neri AL. Bem estar e estresse em familiares que cuidam de idosos de alta dependência. In: Neri AL. Qualidade de Vida e Idade Madura. Campinas. Papirus, 2007. Ed 7ª.

Dimensão familiar da Gestão do Cuidado em Saúde

É aquela que assume importâncias diferentes em momentos diferentes na vida das pessoas. Trata-se de uma dimensão da gestão do cuidado localizada no mundo da vida, isto é, tem como seus atores privilegiados: pessoas da família, os amigos e os vizinhos (Cecilio, 2011).

Em termos legais, os filhos são obrigados a assegurar assistência aos seus pais idosos necessitados conforme previsto no Art. 229 da Constituição Federal de 1988¹⁵: *“Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência e enfermidade”*.

Além disso, a constituição apresenta a família como base da sociedade e coloca como seu dever, da sociedade e do Estado: *“amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”*.

Com o aumento significativo da população idosa, associado à falta de serviços que atenda a toda a demanda desta população, a família assume cada vez mais um papel de destaque nesses cuidados, pois cuidar do idoso em casa é com certeza, uma situação que deve ser preservada e estimulada, uma vez que o cuidado familiar é um aspecto importante, pois permite a manutenção dos vínculos familiares e sociais e realização de um cuidado humanizado que respeite a autonomia do idoso (Karsch, 2003).

Em sendo a família a maior fonte de apoio para todos os seus integrantes, seja qual for a sua idade, é de fundamental importância o estabelecimento de estratégias de auxílio para estes familiares para que possam ter condições de prestar os cuidados que o idoso necessita.

A Política de Atenção à Saúde do Idoso, elaborada em 1999, determina a efetividade de um sistema de apoio e desenvolvimento de parcerias entre os serviços de saúde, os profissionais e o cuidador familiar para o

¹⁵ Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

enfrentamento das necessidades do idoso, especialmente daquele com prejuízo na sua capacidade funcional. Entretanto, a capacidade do cuidador em atender as necessidades do idoso tende a se fragilizar frente à falta de orientação, acolhimento e vínculo com os sistemas formais de apoio.

Outro fator importante é como as relações no contexto domiciliar foram se estruturando ao longo da história da família, pois o idoso pode ter um papel valorizado dentro da família, ser respeitado, rodeado de manifestações autênticas e carinhosas de ajuda, mas pode também ser tido como um “peso”, ser rejeitado, tratado com indiferença ou hostilidade e isto vai definir de que forma receberá os cuidados.

Em suma, o ambiente domiciliar pode ser harmonioso, saudável, tranquilo, mas pode também apresentar conflitos desencadeados pelas problemáticas afetivas do paciente com seus familiares, decorrentes da inversão de papéis, sentimento de solidão no cuidador e a própria situação de obrigatoriedade legal de prestar esse cuidado e não receber apoio da sociedade.

Nesta segunda dimensão, a partir das narrativas da equipe sobre suas experiências vividas em cada domicílio, foi possível identificar duas categorias empíricas que sintetizam elementos das famílias atuando na gestão do cuidado de seus idosos, os quais irão evidenciar o quanto essa tarefa é intensa e repleta de implicações.

O estresse do cuidador

A dependência de um familiar idoso gera impacto na dinâmica, na economia familiar e na saúde dos membros da família que se ocupam dos cuidados.

Os impactos que os cuidados geram nos cuidadores são descritos frequentemente como “carga”, sendo este conceito relativo aos cuidadores, designado em inglês por “*burden*”. Etimologicamente, carga significa “o que pesa sobre uma pessoa”, “responsabilidade ou incumbência” ou “o que incomoda”. Esta definição comporta duas dimensões: relativa e objetivamente

ao trabalho, ao peso da tarefa em si, e outra dimensão que diz respeito ao normativo, à responsabilidade e ao dever (Ricarte, 2009).

Os cuidadores ficam mais suscetíveis a desenvolver quadros e estresses devido aos fatores estressores e tensões, os quais são condições, experiências e atividades que são problemáticas para essas pessoas, ou seja, que os ameaçam, desafiam seus esforços, causam fadiga e desgastam (Neri, Carvalho, 2006).

Os estressores são divididos em primários associados às necessidades e exigências dos idosos, à intensidade e dificuldade das tarefas e a reestruturação que a relação interpessoal entre cuidador e idoso pode exigir, os secundários estão relacionados com a imagem social do cuidador, suas relações interpessoais, sentimentos em relação ao idoso, senso de eficácia, perspectiva de futuro, restrições financeira e social (Neri, Carvalho, 2006).

O trecho a seguir relata como a equipe foi recebida por uma cuidadora, cônjuge do paciente e demonstra de que forma a atividade de cuidar do próprio marido tem se tornado num fardo pesado a essa Senhora.

Sr. A. Residente: chegamos lá tivemos um problema com a esposa de relacionamento, ela não segue bem as orientações, não dá as medicações, não sei se pelo custo, pois ela é muito agressiva verbalmente com o paciente na nossa presença. Nós pedimos para ela hidratar mais a pele dele, ela pegou a mão dele e disse que ele pode passar, ele começou a chorar e **ela começou a dizer a ele gritando** – “Você tem casa, comida é bem cuidado, o que mais você quer da vida, me fala”. Nós observamos bastante labilidade emocional nele.

Conforme descrito por Braithwaite* em 2000 existe uma relação de reciprocidade e de mútua apreciação, a situação pode parecer mais leve para o cuidador, mas quando ele perde essas condições pela deterioração física e cognitiva do idoso, tudo pode ficar muito mais difícil. Essa situação ocorre comumente entre esposas cuidando de maridos, que com o tempo tornam-se completos estranhos (Neri, Carvalho, 2006).

Além da relação conjugal, neste caso específico, durante as visitas que acompanhei, pude conversar com essa cuidadora, a qual me relatou que estavam planejando viajar para Portugal e após o acidente vascular que o marido sofreu os gastos com cuidados de saúde tornaram-se muito dispendiosos, dificultando acesso até aos alimentos mais caros e inviabilizando definitivamente a viagem tão sonhada a vida toda. Além disso, a cuidadora relatou o cansaço pela atividade de cuidar e sua vida social restrita devido dispor de todo o dia para cuidar do marido.

Uma situação especialmente preocupante diz respeito ao “idoso jovem cuidar de idoso idoso”. Cuidadoras familiares idosas estão mais predispostas ao impacto negativo do cuidado devido às mudanças associadas ao próprio envelhecimento e por apresentarem um estado de saúde parecido com aquele evidenciado pelo receptor de cuidado (Fernandes, Fragoso, 2005).

Essa autora também observou que, além desses fatores, cuidadoras mais idosas experimentam maior tensão no processo de cuidar do seu parente idoso dependente, por esse processo suscitar nelas, de algum modo, a vivência da proximidade de sua própria incapacidade ou finitude (Fernandes, Fragoso, 2005).

Os trechos a seguir relatam a situação de cuidadoras idosas cuidando de outros idosos,

Sr. J. Paciente com 89 anos, com artrose no joelho, dislipidemia, renal crônico, anemia crônica, marcapasso. Reside com a esposa idosa a qual é sua única cuidadora, e após uma hospitalização ficou totalmente acamado. Tem depressão e quadro de síndrome demencial interrogado. Tem 3 filhos, os quais não prestam nenhuma assistência. A equipe já realizou varias alternativas, mas o paciente continua perdendo peso e está com início de fazer úlcera por pressão, **a cuidadora não consegue realizar os cuidados de forma adequada devido às limitações da sua própria idade e a resistência do paciente que apresenta alterações de comportamento sendo às vezes agressivo.**

Sr. J. Paciente não tem família e foi acolhido por uma amiga também idosa. Sofreu fratura de fêmur e realizou cirurgia em um hospital que não faz parte da rede do programa. **A cuidadora não consegue realizar os cuidados de forma adequada,** pois após a cirurgia houve uma intensificação das suas atividades e **a mesma se encontra muito cansada, não consegue realizar o curativo da ulcera de forma adequada e deixar o paciente mobilizado no leito corretamente devido ao cansaço.**

Neste relato verificamos o quanto que a sobrecarga do cuidado, relacionada com a intensificação do tempo e do esforço envolvido na prestação de cuidados, acarreta em conjunto com a idade avançada do próprio cuidador podem gerar frequentemente o desgaste do cuidador, que se manifesta por uma redução da vitalidade, do desempenho físico e social, podendo causar sentimentos de frustração, culpa, raiva e até de subestima por se sentir incapaz de cumprir plenamente o seu papel (Carpenito, 2002).

Cuidado Científico x Cuidado Leigo

Mazza e Lefèvre (2005), descrevem que para os cuidadores existem dois tipos de cuidados: **um técnico**, *em que o conhecimento, a obtenção de informação e o suporte e respaldo médico são necessários para o seu cotidiano de cuidado*; e um **saber leigo**, *em que o cuidado é o resultado da boa vontade, intuição, é saber desempenhar as Atividades de Vida Diária e também favorecer a independência e dar suporte ao idoso*. As autoras verificaram que o cuidado quando visto como leigo é permeado de cuidados essenciais para a manutenção da vida do idoso, somado à disponibilidade, à boa vontade, à prática cotidiana do cuidado, ao respeito à pessoa humana, em que o suporte e a independência ao idoso são valorizados sem haver espaço para a submissão de ambas as partes. O cuidado leigo é o cuidado do "dia-a-dia", como caracterizam com muita propriedade os cuidadores entrevistados em sua pesquisa.

Na atenção domiciliar existe uma explicitação da existência da disputa de planos de cuidado, já que um de seus pressupostos é que o cuidador assuma parte dos cuidados que em outro cenário de trabalho seria ofertada pelas equipes de saúde. A figura do cuidador traz algumas tensões e paradoxos para o campo da saúde que necessitam ser melhor compreendidos, tanto na cadeia produtiva do cuidado, como nos efeitos que assumir ser cuidador produz sobre sua própria saúde e qualidade de vida (Merhy, 2007).

Os relatos a seguir evidenciam o quanto a disputa no plano de cuidado é fortemente marcada no ambiente domiciliar, principalmente entre

cuidador e equipe. Muitas vezes essa postura do cuidador é entendida pela equipe como resistência a adesão ao tratamento e desencadeiam momentos de grandes tensões entre equipe e cuidador.

Residente: fica difícil a gente saber ao certo **se há uma Medicação que pode estar piorando o quadro, devido ao filho fazer alterações**, não sabemos ao certo se faz uso contínuo do remédio para poder avaliar os efeitos. **Eles acharam que era a quetiapina e pararam de dar**, mas não dá para saber ao certo dessa forma e eu já avisei que se for para ser acompanhado no programa não dá para ser assim, pois se vocês não seguirem o que a gente orienta não tem porque ficar no programa. **Porque quem prescreve e entende somos nós, então tem que ter confiança.**

Ela tinha usado prolopa até o início do ano, mas devido à intolerância gastrointestinal, o filho que cuida mais dela, o José, disse que pela idade da mãe com 86 anos, ficar com essa Medicação e ela vomitando várias vezes ao dia **ele achou melhor não dar mais.**

Pct. J. - Residente: assim, **a E. é bem resistente a questão da obstipação da mãe**, que já tá assim de longa data e **ela não quer dar nada e fala que está bom do jeito que está.** O chá de sene já foi orientado umas três vezes e ela falou que não, que tem medo de dar diarreia. **Tudo que a gente fala ela fala que já fez ou que não quer fazer**, então a gente nem insistiu muito.

Caso Sra. N.: pct reside com a filha e ambas não tem bom relacionamento. As informações prestadas pela filha não coincidem com a realidade que a equipe verifica nas visitas. A pressão arterial da paciente está sempre alta, mas **a filha diz que não e não dá medicação de forma adequada, pois não acha necessário. A pct está com depressão, mas a filha não aceita e também não dá as medicações.**

Geriatra: é uma família muito difícil já tentamos varias coisas para melhorar o quadro depressivo da paciente, mas as filhas todas são deprimidas e não aceitam muitas intervenções.

Caso Sr. JP: pct com 101 anos, com síndrome demencial. A filha, idosa, que é a cuidadora queixa-se de alteração do comportamento com agitação psicomotora e delírios. Geriatra prescreve medicação para controle da agitação e leva amostra grátis, uma vez que a família tem dificuldades financeiras, mas **a filha após ler a bula decidiu não dar a medicação e diz à equipe que o quadro melhorou para que não dêem mais remédios.** A equipe relata que esse é um hábito constante da cuidadora de ler as bulas das medicações e achar que o pai terá reações dos medicamentos e prefere que ele fique sem a medicação.

O trabalho em saúde é produzido por meio do encontro (individual ou coletivo) entre trabalhadores e usuários e se concretiza por meio da utilização de uma combinação de agires tecnológicos operadores das tecnologias duras, levedura e leves¹⁶. Esse encontro envolve sempre certo grau de disputa de planos de cuidado. Essa disputa se explicita mais ou menos na dependência das possibilidades de exercício de autonomia do usuário (ou do cuidador no caso da atenção domiciliar). Além disso, a depender da combinação de tecnologias e da disposição de reconhecimento mútuo dos agentes, pode-se produzir conflito ou construção compartilhada do plano de cuidado.

Para haver sempre uma produção intercessora é fundamental que o/os trabalhador/es reconheçam como legítima a formulação de um plano de cuidado por parte do usuário ou do cuidador e que as tecnologias que favoreçam a comunicação e a construção de vínculos orientem o trabalho em saúde, na possibilidade de trazer para uma conversação essa disputa, não como confronto, mas como mútua composição. Saber operar nessa micropolítica é chave para construir essas relações (Merhy, 2007).

Na observação participante foi possível verificar que a definição do plano de cuidados ocorre em diferentes momentos e isso depende da complexidade do caso. Inicialmente ela pode ser discutida na reunião da equipe, onde cada profissional expõe suas impressões sobre o caso e os resultados de suas avaliações. Em seguida isso é colocado para a família/cuidador, no domicílio, e verificado a viabilidade de realização da conduta frente às possibilidades e limitações de cada situação. Entretanto, na maioria das vezes, a equipe demonstrou muita dificuldade em integrar o paciente e família na construção do plano, denotando a existência de uma autoridade técnica colocada como prioritária diante do saber leigo pouco ao quase nada valorizado pela equipe.

¹⁶ Merhy, Emerson E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. Em: Merhy, Emerson E, Onocko, Rosana. Agir em saúde. Um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec / Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 71-112.

Em contrapartida, nos momentos em que as demandas da família são ouvidas e atendidas verifica-se que a construção compartilhada do plano, na qual as necessidades do cuidador foram trabalhadas, pode-se converter numa relação mais produtiva para ambos, pois os cuidadores "são pessoas que se dispõem a desenvolver ações de cuidado para o outro visando suprir suas necessidades sem, no entanto, possuírem conhecimentos técnicos e científicos para isso, utilizando-se somente do senso comum e da solidariedade" (Mazza, Lefréve, 2005).

Fisio: Foi bem interessante a visita porque a cuidadora, foi bem receptiva às orientações da nutricionista... Porque facilitou muito o dia-a-dia dela na forma de armazenar os alimentos e de triturar, então eu achei bem legal.

O atendimento realizado no domicílio permite que a equipe vivencie, in loco, diferentes realidades, as quais vão tecendo a relação dos profissionais com cada usuário e sua família. Essas relações são permeadas pela solidariedade, pela busca de novas estratégias, pelo vínculo, pelo acolhimento, pelos desentendimentos, pelos conflitos e parcerias. Desta forma pode-se dizer que não há um modelo estabelecido de como a equipe deve relaciona-se com cada domicílio, a partir da compreensão de que esses espaços são diversos em sua constituição, nas diferentes relações familiares que podem ser mais afetivas que outras ou mais tensas.

Sra. L.C. - Fisio: ela tinha fisio particular, por um bom tempo, mas agora tá sem, pois não tava aceitando mais. TO: ela tem agora uma cuidadora que ajuda a filha três vezes por semana, mas a cuidadora me disse que dá até vergonha de ficar lá, pois ganha e não faz nada, pois a paciente não deixa que ela ajude. **Geriatra:** é uma família muito difícil já tentamos varias coisas para melhorar o quadro depressivo da paciente, mas as filhas todas são deprimidas e não aceitam muitas intervenções.

Geriatra: eu falei com a filha pelo telefone e disse que precisávamos dessa consulta com o neuro para esclarecer o diagnóstico. **Enf:** A L. falou que a filha disse que não vai levar a mãe na consulta do neurologista porque é muito difícil tira-la de casa, dá muito trabalho... Eu não sei se eles entenderam qual é

o nosso objetivo, não é só chegar lá fazer uma consulta médica orientar e sair, não. Vão ter que ter mudanças e ter a colaboração deles. **AS:** então vamos chamá-los para conversar aqui, ver se a filha pode vir. **Enf:** eu acho isso importante.

AS. A Dona M. morreu, ela entrou e saiu tão rápido. **As:** mas foram intensas as visitas. **AS:** Morreu em casa? **Equipe:** não, morreu na enfermaria... Neste ponto ao menos teve esse conforto da gente levar... Pesquisadora pergunta: a paciente não queria morrer em casa? **Equipe:** não, a família não queria que ela morresse em casa. Eram muitos procedimentos, várias aspirações e para a família estava difícil.

Dimensão Profissional / Organizacional da Gestão do Cuidado em Saúde

Cecilio (2011) nos aponta que a Dimensão Profissional é aquela que se dá no encontro entre profissionais e os usuários e nucleia o território da micropolítica em saúde. É um encontro “privado” que, na sua forma mais típica, ocorre em espaços protegidos, de modo geral fora de qualquer olhar externo de controle. Entretanto, a dinâmica cotidiana do PADI se realiza por meio de diversas interações, quase sempre em espaços públicos, seja no momento das visitas, seja nas reuniões semanais da equipe. Podemos afirmar que um traço singular do PADI é, exatamente, estimular ou produzir uma prática profissional profundamente marcada pelo arranjo de processo de trabalho que adota. O PADI, por suas características, depende intensamente do trabalho multiprofissional, ou, dito de outra forma, cada profissional que atua no PADI depende imediatamente da cooperação com outros profissionais. Daí que as dimensões profissional e organizacional estejam tão imbricadas, o que justifica nossa opção de trabalhá-las em conjunto.

Nessa dupla dimensão (profissional/organizacional), produzimos duas categorias empíricas: “Campo e Núcleo de Saberes e Práticas: cotidianos exercícios de interdisciplinaridade” e “A Enfermeira como gestora do cuidado”.

Campo e Núcleo de Saberes e Práticas: cotidianos exercícios de interdisciplinaridade

Esta categoria foi composta a partir de dois conceitos já definidos por Campos (2000), núcleo de saber e campo de saber, sendo que para o núcleo demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscam em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. O PADI, pelas características do seu “objeto” de trabalho, “cobra” ou facilita que os profissionais que atuam nele - mesmo mantendo seus núcleos operatórios de saber – façam deslocamentos concretos para um campo de saber mais amplo, aquele capaz de produzir um cuidado mais integral, necessariamente interdisciplinar, daí que denominei de cotidianos exercícios de interdisciplinaridade. Nesses termos podemos inferir que no campo da saúde, e o caso do PADI é exemplar neste sentido, trabalho necessita ser sempre realizado de forma interdisciplinar, pois, como nos aponta Feuerwerker e Sena (2001), disciplinas isoladamente não dão conta de produzir as respostas necessárias a um mundo que é composto de uma multiplicidade de fatores que não são mutuamente excludentes e sim explicados uns em relação aos outros. O mundo não é feito de coisas isoladas, existe uma complementaridade de dimensões. A compreensão desse mundo exige uma visão da realidade que transcenda os limites disciplinares e a compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença.

Os relatos a seguir nos mostram como cada profissional do Programa, por meio do deslocamento do seu núcleo de saber “original”, consegue transcender os limites da disciplina e contribuir para se produzir uma abordagem mais integral dos idosos:

Sra. M.C: Residente: “ela tem 99 anos, é uma graça, a prótese auditiva não é antiga, aparentemente parece nova, acho que é só manutenção mesmo, pois no dia que fomos lá, nós mexemos no aparelho e ela conseguiu ouvir e depois colocamos os óculos ela ficou muito feliz, mas o silicone do aparelho tá descolando, precisa ajustar, pois isso dificulta a ela ouvir. Então tá precisando fazer revisão da prótese auditiva e da dentária também. A

prótese auditiva foi conseguida no hospital São Paulo, e eu não sei como funciona para fazer isso.

No relato acima, podemos identificar um olhar diferenciado do profissional médico diante de outras demandas da paciente que não somente as ligadas às questões médicas, apontando indícios de como o trabalho no PADI é estimulador de práticas interdisciplinares, aproximando-se do conceito de “campos de saber”, como definido por Campos. Várias situações como esta podem ser vistas em outros momentos de discussão na reunião semanal da equipe, como nas falas apresentadas a seguir:

Enfermagem: “Eu fui à M para fazer coleta de sangue e ela está com alguns diagnósticos importantes: ela tá com aquela dor crônica, com a nutrição alterada... Menor que a necessidade dela... A mobilidade dela tá totalmente prejudicada, ela tá começando a apresentar sinais de síndrome do imobilismo... tá assim, por isso que eu gostaria que a terapeuta ocupacional fosse... nós conseguimos colocar ela numa cama hospitalar onde o serralheiro cortou os pés (da cama), porque era numa altura muito alta para a cuidadora cuidar. Só que a fisioterapeuta (particular), foi lá e pediu para elevar a altura das pernas, só que o que eleva é a cabeceira, você vai lá e vai ver como está, a cama fica de costas para a televisão e ela eleva a cabeceira para ela dar de comer... Também tem que elevar os pés e a rodinha quebrou do outro lado.

Residente “Geriatría:” eu tenho uma dúvida, pois na primeira vez que eu fui lá (domicílio da paciente), eu observei certa rigidez em tornozelos, e embora ela tenha um pouco de mobilidade ainda cada vez mais ficará com o pé em equino, será que não seria bom já pensarmos em uma ortese para prevenção disso?**TO:** sim, podemos fazer uma respeitando a angulação existente. Vamos marcar para irmos juntas e discutir também com o fisio particular. **Residente:** a outra queixa é que ela usa prótese dentária e ela tá ficando mais tempo com comida na boca, aí ele dá uns tapinhas nas costas para ver se ela engole a comida. Que ela engasga com o primeiro café do dia somente deve ser pela sonolência. A nutricionista orientou aumento da ingestão calórica com um suplemento sem açúcar. **Geriatría:** será que a gente não consegue marcar fono para ela. **AS:** vamos tentar ver se conseguimos marcar, vou ligar para as fono.

Segundo Vasconcelos (2002), o exercício interdisciplinar em contexto de trabalho cooperativo e de horizontalização das relações de poder tende à constituição de uma área de saber com autonomia teórica e operativa própria, baseada em uma "axiomática geral compartilhada" ou conjunto de valores e princípios comuns que orienta as ações da equipe.

Na gerontologia a interdisciplinaridade é intrínseca ao trabalho em equipe, uma vez que o processo de envelhecimento é determinado por múltiplos fatores, o qual irá necessitar da cooperação de diversas disciplinas para a obtenção de um entendimento amplo que possibilite a construção de uma assistência integral no cuidado à saúde do idoso.

Numa pesquisa teórico-empírica realizada por Peduzzi (1998 e 2001), foi mostrado que o trabalho em equipe se constitui por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre a articulação das ações executadas pelos distintos profissionais e a interação desses profissionais, visto que a comunicação é o veículo que possibilita a própria articulação.

As vantagens dessa forma de pensar e agir são inegáveis, ao propiciarem a realização de um trabalho integrado, criando a possibilidade de compartilhamento de responsabilidades na equipe, buscando as melhores soluções para os complexos problemas das pessoas que buscam os serviços de saúde, a partir do desenvolvimento de um processo de trabalho criativo, capaz de transpor as barreiras da fragmentação.

Entretanto, cabe destacar que temos um longo caminho para desbravar, uma vez que na graduação os conteúdos e experiências no âmbito da interdisciplinaridade são muito incipientes e esses novos profissionais ao adentrarem o mercado de trabalho ainda reproduzem o paradigma biomédico como vivenciado, em boa medida, o PADI, como já dito anteriormente é um dos campos de estágio dos cursos de residência e especialização em geriatria e gerontologia, tendo como base norteadora o tripé assistência – ensino – pesquisa. O objetivo de inserir o aluno nesta atividade é o de permitir que amplie sua compreensão sobre o papel de cada profissional e as interfaces necessárias

na construção do plano de cuidados tendo em vista que a maioria deles sai da graduação com pouco ou nenhuma vivência interdisciplinar. Sendo assim, podemos dizer que o trabalho dessa equipe é construído diariamente por meio da prática, como nos mostra o relato abaixo.

“**Sra. J:** tem 83 anos, tá com uma síndrome demencial com alteração de comportamento, **Residente:** a cuidadora contou que tem dias que ela fica a noite toda acordada, falando sem parar e depois fica o dia todo dormindo, não é sempre, mas acontece. Ela fica referindo que vê bichos e pessoas, e tem medo de dormir, diz que tá ouvindo barulho na rua. A filha dorme no mesmo quarto com ele e diz que não tem barulho, isso são alucinações visuais e auditivas mesmos, mas a pct fica com medo e não dorme. **Geriatra:** precisa ver o ambiente, se a noite fica tudo escuro. **TO:** podemos pensar em higiene do sono, usar música, por exemplo, para ajudar no sono. **Residente: mas a questão é que ela tem alteração de comportamento, são delírios do quadro demencial, acho que isto não irá ajudar. TO:** talvez ajude, pois podemos usar a música para mudar o foco da paciente e ela gosta de música.”

O trecho anterior apresenta uma parte da discussão de um caso no qual o aluno da residência médica foca sua atenção na doença e não no paciente e de como a comunicação entre a equipe é importante nesse processo, uma vez que profissionais de outras especialidades se posicionam de forma segura apresentando outras possibilidades de desenvolver o cuidado com foco no indivíduo, valorizando aspectos antes não considerados. Esse espaço aberto de discussão dialética permite vislumbrar a construção de um cuidado que visa à integralidade, no qual cada especialidade tem o seu lugar e ao mesmo tempo se integram e a centralidade passa a ser o sujeito.

O reconhecimento da realidade como complexidade organizada implica que se busque compreendê-la mediante estratégias dinâmicas e flexíveis de organização da diversidade percebida, de modo a se compreender as múltiplas interconexões nelas existentes. Essa prática vivenciada pelos alunos torna-se potencializadora para a formação de profissionais com vistas a uma prática interdisciplinar de forma dinâmica, flexível e ampla.

Para Peduzzi (2001), o trabalho em equipe é dinâmico e tem uma plasticidade que pode configurar tanto equipes de trabalho integrado, como equipes que expressam o mero agrupamento de profissionais. Produzir uma equipe é uma tarefa que deve percorrer uma trajetória que transita da fragmentação, hierarquização, trabalho individualizado e paroxismo instrumental, à integração, democratização das relações de trabalho, integralidade e cuidado em saúde.

A Enfermeira como Gestora do Cuidado

Cecilio e Merhy (2003) já apontaram a centralidade da enfermagem como gestora do cuidado no ambiente hospitalar. Para os autores, é a enfermagem que faz a efetiva coordenação do conjunto de atividades necessárias para garantir a continuidade e articulação do cuidado aos pacientes tendo em vista a fragmentação das práticas e especialidades. A enfermagem seria uma espécie de referência, aquele profissional que se responsabiliza pela garantia de oferta das ações necessárias ao cuidado.

O estudo evidenciou este papel da enfermagem no PADI, pois, dadas as características da atividade de enfermagem e sua proximidade ao paciente, família e cuidador, o enfermeiro acaba se transformando no elo entre o domicílio e a equipe interdisciplinar.

Como já dito anteriormente, há apenas três profissionais contratados na equipe fixa (medico geriatra, assistente social e enfermeiro), sendo que os dois primeiros dividem suas agendas com múltiplas atividades, sendo que o profissional de enfermagem desempenha apenas a atividade de assistência, não contando com aluno de especialização, uma vez que não possui formação em gerontologia, pré-requisito para ser preceptor no curso de pós-graduação.

É importante lembrar que nas demais especialidades, cujos profissionais são voluntários, o atendimento é realizado pelos alunos e a atividade de supervisão clínica é realizada nas dependências do programa. Como o período de permanência dos alunos é de no máximo três meses, eles

também não criam vínculos com os pacientes, pois às vezes conseguem fazer apenas uma visita em cada domicílio e seus preceptores não conhecem pessoalmente todos os domicílios, uma vez que sua carga horária é bem restrita devido a ser um trabalho voluntário, mais focado na atividade de ensino.

Desta forma, toda a assistência em enfermagem é executada por um único profissional fixo, ou seja, não há a rotatividade das outras áreas, o que lhe permite conhecer todos os domicílios, bem como as peculiaridades de cada paciente, família e cuidador.

O material coletado na observação participante evidenciou que essa dinâmica de trabalho do enfermeiro permite que este, mesmo que de forma implícita, não formalmente reconhecida, torne-se o gestor do cuidado, uma vez que sua maior presença física nos domicílios assegura ao programa o elo de todos os pacientes com o PADI, trazendo para as reuniões da equipe sempre uma visão global de todas as necessidades dos pacientes, como mostra a discussão de caso a seguir.

Caso Sra. M.: Enf: “Eu fui à M. para fazer coleta de sangue e ela está com alguns diagnósticos importantes: ela tá com aquela dor crônica, com a nutrição alterada... Menor que a necessidade dela... A mobilidade dela tá totalmente prejudicada, ela tá começando a apresentar sinais de síndrome do imobilismo... tá assim, por isso que eu gostaria que a terapeuta ocupacional fosse... nós conseguimos colocar ela numa cama hospitalar onde o serralheiro cortou os pés (da cama), porque era numa altura muito alta para a cuidadora cuidar. Só que a fisioterapeuta (particular), foi lá e pediu para elevar a altura das pernas, só que o que eleva é a cabeceira, você vai lá e vai ver como está, a cama fica de costas para a televisão e ela eleva a cabeceira para ela dar de comer... Também tem que elevar os pés e a rodinha quebrou do outro lado. **Fisio:** e ela não estende o joelho. **Enf:** eh, ela não estende o joelho de jeito nenhum... Então eu tava pensando em tirar a mesa de trás, deixar a cabeceira onde ela está empurrar a cama para a parede e quando ela for comer beber e etc sentar ela com uma almofada, colchão e deixar aquela parte de baixo que ela levanta para a perna... porque a cuidadora pensou em consertar o pé, ou colocar um taco de madeira, mas tudo isso tem custo... e o que não tem custo e colocar a rodinha de novo e encostar a cama. E aí ela tem que ver aonde vai colocar aquela bagunça da mesa dela para que os membros fiquem elevados. Como ela está se movimentando menos, aquela úlcera sacral abriu... Mas não tá feia e não tá fétida, tá com tecido de

granulação, então eu pedi para a cuidadora por gase com dersani (creme) para proteger, porque não tem necessidade de colocar o carvão lá... Mas na região glútea, nas nádegas, ela tem uma ulcerazinha que está grau II, e o problema lá e que está molhando de urina. **Geriatra:** de novo!! **Enf:** então eu pensei assim... Pra não piorar a situação da paciente, a gente sonda ela de novo pra dar o tempo de cuidar entendeu, porque tá ficando ruim. E os pés dela ela tem úlceras graus II e III. No pé direito ela tem uma que está com o tecido desvitalizado, e eu fiquei de ligar para ela hoje, porque eu não consegui a papaína, no hospital só tem papaína a 6% e 10% e lá não tem necessidade de uma assim, pode ser de 3% pois não tem tecido necrótico só desvitalizado mesmo. **Geriatra:** e a residente avaliou ela? **Residente:** Tá aqui pra discutir analgesia: a prescrição tá Paracetamol 60 gotas de seis em seis horas intercalando com dipirona 40 gotas de seis em seis horas e codeína 30mg alternado com 15mg também. **AS:** nossa quanta Medicação. **Geriatra:** de quanto em quanto tá a codeína? **Residente:** de seis em seis horas, intercalando com a dipirona e paracetamol, depois tem Paroxetina 30, Losartan 50mg e Carbamazepina 200g. Reintroduzi o baclofeno, porque a cuidadora notou que sem o baclofeno piorou a rigidez, então tá com baclofeno de oito em oito horas. Além disso, ela não conseguiu ir ao centro de reabilitação para agendar a aplicação do botox, porque tá esperando ter dinheiro para levar a mãe de taxi. **Enf:** a gente orientou que não precisa levar a mãe agora, ela vai sozinha, marca e depois no dia da consulta leva a mãe. A gente viu a cuidadora dando um comprimido com água, e ela não deu da forma correta e a paciente começou a sibilar, sibilar mesmo! Aí a residente auscultou e o pulmão tava limpo, mas ela sibilou mesmo. Então eu disse para a cuidadora: “não da mais nada para ela nessa posição” – ela respondeu: mas eu dou tudo sentada. Na nossa frente ela tá sempre na posição sentada, mas de qualquer forma ela teve falta de ar e sibilou... Então eu não sei se ela tá aspirando. **Geriatra:** então, mas para ela fazer isso vai ter que elevar a cabeceira da cama. **Enf:** ela tem um colchão de água lá que a gente podia tirar, ele tá cheio pela metade e eu até pensei em dobrá-lo ao meio e colocar na cabeceira. **TO:** mas não pode fazer isso para a perna? **Enf:** Pode, mas é por isso que eu pedi para vc ir lá, pra gente estudar isso. E eu até ia pedir para quando eu for à M. de segunda para tirar sangue, colocar só mais um paciente porque elas nos solicitam demais, e até virar ela, depois eu ajudo a cuidadora a colocar a fralda, então a gente fica um bom tempo lá e aí não deu pra ir a todos os pacientes agendados no dia. **Enf:** Concluindo da M., o que a gente vai fazer é isso, falar para a cuidadora pegar os curativos na Unidade Básica, verificar se ela já marcou no centro de reabilitação, a TO fazer as adaptações e eu vou passar a sonda que não vai ser fácil, vou precisar de duas pessoas para segurar as pernas e passar bem rápido, pois ela tá muito rígida. A cuidadora não pode mexer muito com a mãe com sonda, acho que faz tanto tempo que aquela mulher não toma um banho, e olha que ela até é limpinha.

A opção de apresentar esse trecho mais longo foi a de mostrar como o enfermeiro funciona como um catalisador de informações nos domicílios, abrindo interlocução com todos os profissionais. É importante salientar que todos os profissionais também fazem isso, mas, não na mesma intensidade que o profissional de enfermagem, pelas questões que já foram mencionadas.

Nesta categoria empírica foi possível caracterizar que, dentro da micropolítica da equipe, o profissional de enfermagem acaba fazendo a gestão do cuidado, na medida em que contrapõe com a estrutura frágil do programa devido ao limitado número de profissionais contratados e a variabilidade de profissionais que acessam os domicílios, devido à rotatividade dos alunos de pós-graduação.

Outra questão importante e que também define a inserção do enfermeiro na equipe, é a hierarquia de autoridade que existe no serviço. A questão institucional define que a coordenação dos programas fique a cargo de apenas um profissional, mas não determina qual. No caso do PADI, este papel é de responsabilidade do profissional do serviço social. Na ausência deste, o primeiro a assumir é o profissional médico e, na sequência, o enfermeiro, mesmo que ele seja, de fato, o coordenador da gestão do cuidado. Isso ocorre da mesma forma quando há necessidade de alguma tomada de decisão técnica, na qual a equipe não consegue chegar num consenso. Nessas situações, a decisão fica a cargo dos profissionais fixos. Nessas ocasiões, é possível observar como existe uma hierarquia de autoridade bem definida, na qual a assistente social, e coordenadora do programa, ocupa claramente seu lugar de autoridade legal-formal, como pode ser visto no diálogo transcrito abaixo. Esse é apenas um exemplo de como o trabalho da equipe, mesmo que construído de forma interdisciplinar, participativa, não prescinde, no caso do serviço estudo, de momentos de claro posicionamento e exercício da autoridade legal-formal.

AS. Vamos combinar que ninguém vai fazer nenhuma intervenção mais radical antes da gente (serviço social), falar com a cuidadora. **TO e Fisio:** a gente queria fazer algumas pequenas adaptações e orientações. **Enf:** eu acho que essas

pequenas coisas já dão para fazer e ver como eles irão responder. **AS:** não, **espere primeiro falarmos com eles e depois vocês orientam.** **Enf:** ok, depois dá conversa à gente orienta. **TO:** mas já está orientado e evoluído no prontuário. **AS:** pronto, já orientou, não vamos orientar mais nada enquanto não falar com eles, depois a gente retoma o caso e vemos o que vamos fazer, para não criar nenhum problema.

Dimensão Sistêmica da Gestão do Cuidado em Saúde

É aquela que trata de construir conexões formais, regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, compondo “redes” ou “linhas” de cuidado, na perspectiva da construção da integralidade do cuidado. Nas discussões semanais da equipe é possível ver como a batalha pelo acesso a outros serviços é uma constante, pois os pacientes possuem um perfil que demanda atendimento de vários níveis de complexidade. Os relatos nos mostram que o programa não mede esforços para construir conexões com outros serviços de saúde, na perspectiva da construção da integralidade do cuidado, de maneira muito mais informal do que regulamentada para compor suas linhas e redes. Dentro do complexo da instituição a que o PADI pertence isso fica mais acessível, uma vez que ela é composta por uma série de serviços como hospital e ambulatórios, o que passa a ser um facilitador no alcance às necessidades dos pacientes. Entretanto, quando essas situações extrapolam o muro institucional, verifica-se como a burocratização do sistema torna-se uma barreira, muitas vezes intransponível para alcançar desde uma simples discussão de caso até procedimentos mais especializados. Por isso tudo é que a categoria empírica que sintetiza os elementos da gestão sistêmica do cuidado foi nomeada como “a *regulação* profissional do acesso aos serviços de saúde”.

Pesquisa¹⁷ que está sendo conduzida na linha de cuidado “Política, Planejamento e Gestão em Saúde” do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Unifesp identificou vários “regimes de regulação” do acesso aos serviços de saúde, para além da regulação formal, governamental, via centrais

¹⁷ “As múltiplas lógicas de construção de redes de cuidado no SUS: indo além da regulação governamental do acesso e utilização dos serviços de saúde”. Financiamento PPSUS/Fapesp.

de regulação. Um destes regimes de regulação é o que é denominado, no estudo, de “regulação profissional” do acesso, qual seja, aquele realizado pelos profissionais a partir de seus contatos, conhecimentos, muitas vezes sem seguir os fluxos formalmente regulamentados entre os serviços. A nossa observação junto à equipe permitiu identificar a importância do regime de regulação profissional - muitas vezes feito de forma quase heróica, como uma luta cotidiana -, para garantir o cuidado que os idosos precisam, quando a dimensão sistêmica não garante, por si só, tudo o que os idosos precisam.

Enf: o Sr. J. ficou o seguinte...eu fui lá colher a urina dele e ele não foi para o hospital porque a assistente social de lá orientou que antes de tirar o Sr. J. de lá ela tinha que ter marcado...mas tudo isso aconteceu porque quando deram alta para ele disseram que ele tinha que ir embora logo pois tinha ambulância naquela hora, foi num sábado à noite, e como era sábado à noite, como ela iria agendar antes de sair para ele tirar os pontos. Então ela não levou para tirar os pontos dele. Eu colhi a urina dele, mas a gente foi lá nesta segunda-feira, a gente conseguiu o carro e ficou de eu tirar os pontos em dias alternados. Mas acontece o seguinte, eu cheguei lá e tá saindo secreção daquela cirurgia e aí eu pensei... Eu tiro os pontos e abre... Da deiscência... eu faço o que? **Ai a esposa vai ao hospital tentar marcar para ele tirar os pontos lá e as meninas fizeram uma cartinha para o médico que o operou pedindo urgência, pois já passou muito o tempo de tirar os pontos.** Perguntamos também se eu poderia tirar os pontos alternados, ele não respondeu e marcou o retorno para a próxima segunda. Entretanto a Dona E.; não tem como levá-lo e agora está aguardando uma vaga de ambulância na central reguladora de ambulância, a qual está tentando resolver o caso, pois está difícil conseguir ambulâncias, sendo que para esse tipo de problema eles não levam pacientes, mas irá levá-lo devido à situação dos pontos da cirurgia, caso contrário ela não teria como ir.

Enfermagem: pois é, eu não sabia da história do filho e aí eu disse a ela que falaria com a equipe na reunião para vê a possibilidade de fazer uma gastrostomia e depois daríamos um retorno e **eu queria ver com vocês a possibilidade de conseguir a dieta pelo SUS, existe essa possibilidade? A.S: existe, mas não é no mesmo dia que consegue colocar a gastro que consegue a dieta.**

Sr. S. - TO: No Lar Escola eles tão fazendo umas botinhas para pé diabético e como o Sr. S. está com dificuldades em usar calçados poderíamos vê como ele pode fazer lá. AS: vamos

verificar no setor de geriatria de lá como isso pode ser feito, pois acho que até dá para levá-lo.

Sra. A.: pct encaminhada ao HSP para troca de gastrostomia, o serviço conseguiu uma ambulância para levá-la e interconsulta com a gastrocirurgia para avaliar o caso.

Sra. M.: Enf: o pessoal da enfermagem falou para ela, que eles escolhessem, ou a gente ou eles. A.S: porque não pode os dois serviços. Enf: isso, porque não pode os dois serviços. Só que eles parecem que tem condições de dar material de curativo, entendeu, e a gente tem menos condições que isso... E as visitas deles são mais frequentes do que a nossa. A.S: mas é só a enfermagem. Enf: não, é medico também, só que não é um geriatra, é um clinico geral. AS: pois é, mas eu não tenho boas noticias, e não vai funcionar. Enf: então eu combinei com a leda (cuidadora da pct), para conversar com eles e dizer que a nossa visita não é muito frequente e se poderíamos trabalhar em conjunto, mas eu sei que isso é difícil, por não poder usar dois serviços. AS: então vamos ver o que a aluna geronto serviço social, falou com eles. Aluna: então eu falei com essa enfermeira, ela disse que a questão não é da paciente estar sendo atendida pelo PADI, mas que de qualquer forma, ela (paciente), não tá na área de abrangência deste PSF que é uma Unidade básica de saúde também que tem um PSF que não está na área dela, mas estava indo porque entendem a necessidade dela. **Mas acontece que essa enfermeira, ia com o carro dela, e agora ela vai sair de férias, não sabe se volta pra lá e vai ficar apenas uma pessoa e só vai atender gente da área de abrangência.** AS: então ela não vai deixar de ser atendida porque tava no PADI. AS: não, e por problemas deles. Enf: então, tem algum PSF que ela esteja na área de abrangência? AS: Não, o PSF não pega todas as áreas de São Paulo, ela tá num vácuo do PSF. **Geriatra:** será que eles não fornecem só o material. AS: sim, falou que daria o material, ela pode continuar pegando o material, mas eles não têm como ir até lá.

Dona L., a filha ligou dizendo que ela tinha rebaixado muito, eu pedi para internar. A médica do convênio foi vê-la e disse que não iria internar, pois não tinha febre. Então, eu falei com a filha e pedi exames com urgência e marquei visita com as meninas (residentes). **Geriatra:** e aí, tava com secreção pulmonar, leucocitose e o que mais? **Residente:** tava com leucocitose, a ausculta tava limpa e a urocultura não tava pronta ainda, nos pensamos em entrar com antibiótico EV (endovenoso). **Geriatra:** mas custo é muito alto, próximo de R\$: 3.000,00, por isso que eu pedi para internar. O que vocês orientaram? Residentes: ficamos de ver uma forma de tratar sem sair de casa. **Geriatra:** vamos verificar se o convênio dela cobre o antibiótico endovenoso, caso contrário, decidimos o que usar.

Sr. J. - **Geriatra:** a gente vai ter que interná-lo. Vai ter que radiografar aquela perna. Enf: a gente consegue internar aqui no HSP. **Geriatra:** não tem muito que fazer em casa, tem que radiografar a perna para ver se é uma infecção ou se a prótese deslocou. **Elas podem ligar no SAMU e pedir para levar no hospital que operou e falar que ta com muita dor.** **Enfermeira:** isso é muito complicado, pois no hospital que ele operou vão ver só a perna e não o restante; vamos tentar internar aqui assim conseguimos acompanhar de perto.

Em resumo, por todas essas falas, podemos ver como um traço marcante da equipe do PADI é sua capacidade e compromisso de, mesmo que por vias informais, contatos pessoais, conhecimentos de “curtos-circuitos”, vai tentando viabilizar as conexões, conversações e fluxos entre os serviços, em boa medida tentando suprir as dificuldades que os circuitos e fluxos regulares, oficiais, próprios da gestão sistêmica do cuidado não conseguem atender.

A Dimensão Societária da Gestão do Cuidado em Saúde

Aqui estamos tratando de como, em cada sociedade, se produzem as políticas públicas em geral, e a de saúde em particular, e como é pensado o papel do Estado, especialmente como formula e implementa suas estratégias para a garantia dos trabalhadores que implementarão as políticas sociais. É a dimensão mais ampla da gestão do cuidado, ou seja, é nela que se apreciam como cada sociedade produz cidadania, direito à vida e acesso a toda forma de consumo que contribua para uma vida melhor (Cecilio, 2011).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa preconiza que a prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também fazem parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam. As intervenções devem ser

feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o auto-cuidado. Grupos de auto-ajuda entre as pessoas que cuidam devem ser estimulados (Brasil, 2006).

Um fato importante a ser considerado é que saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (Ramos, 2002). Desta forma podemos dizer que o cuidado dos idosos implica ofertar serviços cuja estrutura apresente características que possibilitem o acesso de maneira adequada, respeitando as limitações e necessidades que cada segmento idoso apresenta.

Ao acompanharmos a realidade dos idosos atendidos pelo PADI, verificamos que embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. Tanto o Programa, quanto seus pacientes e familiares, enfrentam uma série de dificuldades para o acesso de um cuidado integral do idoso. Essas dificuldades incluem a falta de locomoção para levar a equipe até o domicílio, problema esse vivido desde 2009. Além do mais, há uma grande carência de recursos humanos, sendo o serviço altamente dependente do trabalho voluntário. Faltam, também, recursos para aquisição de materiais e insumos que possa viabilizar um trabalho de reabilitação mais eficaz. No que tange a esfera familiar, são marcantes as dificuldades de acesso a Medicação, equipamentos de tecnologia assistiva como órteses, cadeiras de rodas, dispositivos para adequação postural, dietas, sondas, como nos mostram alguns relatos. Como vimos ao fazer a caracterização do perfil da clientela do PADI, trata-se de uma população de baixo poder aquisitivo, altamente dependente de políticas públicas que possam suprir suas carências, o que não ocorre plenamente. Poderíamos dizer que o PADI faz muito pelas pessoas, mas há carências importantes ligadas às condições de vida, baixos valores da aposentadoria recebida (quando há), baixo investimento em equipamentos e medicamentos, contratação de pessoal, que acabam tendo impacto negativo importante na qualidade final do cuidado

prestado. Já fica bem claro, nessa altura da análise dos dados, como as múltiplas dimensões da gestão do cuidado se interpenetram, se complementam, para a produção do cuidado. A dimensão societária, embora aparentemente seja a mais “distante” do núcleo micropolítico do cuidado, acaba tendo muito peso na capacidade da equipe produzir boas respostas para as necessidades das pessoas. Por isso tudo é que podemos indicar uma categoria empírica que sintetize os elementos referentes a essa dimensão da gestão do cuidado como:

Quando as carências dificultam “o bom cuidado”

Sr. J - Residente: Ela parou de dar mitarzapina, devido ao custo, mas ela disse que se for fundamental ela podia tentar comprar. As: vamos tentar ver se não há esse medicamento nas doações, assim ajudamos um pouco.

A Dona E. (cuidadora), nos ligou, hoje, dizendo que conseguiu a ambulância, mas que a mesma estava em péssimas condições, com o piso todo enferrujado, sem grades na maca para segurar o paciente e ela teve que ir sentada num banquinho ao lado da maca, mas de qualquer forma conseguimos resolver isso e o pct fez o retorno.

Enfermeira: eu queria ver com vocês a possibilidade de conseguir a dieta pelo SUS, existe essa possibilidade? A.S: existe, mas não é no mesmo dia que consegue colocar a gastro que consegue a dieta.

Pct Z.: Fisio: ela fazia fisioterapia 2x por semana, agora reduziu para 1x e tá muito difícil para a cuidadora fazer diariamente os exercícios e cuidar de todo o resto. Acho que diminuição da fisio pode ter piorado o quadro. Então ela falou com um sobrinho que ajuda financeiramente para fazer se conseguem fazer fiso 3x por semana. A cuidadora é muito boa e aparentemente a paciente tá muito bem cuidada.

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à

Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Dessa maneira, a participação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito nacional, é de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas.

Mais recentemente, o Ministério da Saúde decretou a portaria nº 2.029 de 24 de Agosto de 2011 institui a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando todas as legislações anteriores referentes aos idosos, considera a atenção domiciliar como incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar.

Para efeitos desta Portaria considera-se:

- I. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) como um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP);
 - II. Atenção Domiciliar como nova modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de
-

- doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde; e
- III. cuidador como a pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana;

Art. 3º A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de pacientes internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Art. 4º A Atenção Domiciliar é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e deverá ser estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes e a Rede de Atenção à Saúde, a partir do Plano de Ação Regional, conforme estabelecido na Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011.

Embora seja possível reconhecer a formulação de políticas públicas governamentais voltadas para as necessidades da população idosa, é necessário um grande esforço de todos amplos setores da sociedade civil para que haja uma valorização da pessoa idosa e um melhor entendimento do próprio processo de envelhecimento. Fica claro que na própria instituição pesquisada, ligada a uma universidade pública, há pouco investimento na assistência a população idosa, desenvolvida ainda de forma precária apenas por uma disciplina. Em contrapartida verifica-se que em vários outros serviços há o desenvolvimento de uma gama de programas nos mais diversos ambulatorios tendo como principal foco a pesquisa e não a assistência. Até o término de nossa pesquisa, não foram constatadas mudanças de melhorias no Programa por meio das novas políticas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente aos pressupostos do estudo¹⁸, busquei apreender de que forma a gestão clínica do cuidado à saúde do idoso se estabelece no trabalho em equipe a partir do princípio da interdisciplinaridade, por meio da caracterização do seu funcionamento, da compreensão de como se dá o processo de tomada de decisões nas situações concretas de trabalho, em particular aquelas que dependem da produção de consenso entre profissionais com formações diferentes, bem como a relação da equipe com os domicílios e o quanto que este trabalho resulta em maiores graus de autonomia para o paciente e seus familiares.

Durante o desenvolvimento desta pesquisa confrontei vários desafios. Um deles foi o esforço em fazer o estranhamento ao objeto de estudo, considerando que já era conhecido. Outro desafio foi selecionar as situações nas quais participaria. Estar atenta as reações e expressões de cada indivíduo exigiu um esforço mental e emocional significativo, devido ao meu envolvimento pessoal e profissional com esses atores, além de ser humanamente impossível abarcar todos os momentos vivenciados por eles.

Durante o período de observação, outro grande desafio diário foi delimitar a minha presença e participação no campo, buscando não confundir o papel de pesquisadora com o de professora ou membro daquele grupo, mantendo o foco nos objetivos da pesquisa.

Em contrapartida, ter um conhecimento prévio do campo, por meio da experiência pregressa enquanto aluna e envolvimento profissional e pessoal com alguns membros do grupo foi um facilitador para uma captação mais rápida e ampla do contexto analisado.

Finalmente, deparei-me com um dos maiores desafios o momento de analisar todo o material coletado por meio do diário de campo e das transcrições das reuniões. Este momento foi árduo e de inúmeras idas e vindas. Foi difícil

¹⁸ Tomamos como pressupostos do estudo e enunciados no correr do texto: 1. o idoso, pela perda progressiva de funcionalidades, convivendo com múltiplas co-morbidades, necessita de uma abordagem interdisciplinar para o atendimento o mais integral possível de suas necessidades; 2. a articulação da equipe multidisciplinar com a família, em particular com os cuidadores, é fundamental para garantir o bom cuidado; 3. a preservação de graus de autonomia dos idosos é o objetivo central do trabalho da equipe cuidadora;

olhar novamente para todos aqueles dados vivenciados durante a coleta, devido à intensidade de informações da realidade observada e fazer a análise de dados para a construção das categorias. Sendo valiosa a parceria com o orientador, o qual me auxiliou no estranhamento do objeto e na definição do referencial teórico para a construção das categorias.

Portanto, compreender e interpretar a “teia de significados”, que abarca o trabalho desta equipe multiprofissional na atenção domiciliar aos idosos, em meio a inúmeras dificuldades enfrentadas pela equipe e pelos familiares, revelou uma trajetória de desafios vivenciados por todos esses atores e, por mim na realização dessa pesquisa.

Entretanto, a partir da análise dos dados, na qual adotamos uma “grade analítica” para a sistematização das categorias empíricas a partir das múltiplas dimensões da gestão do cuidado, foi possível, frente ao extenso material coletado, fazer o recorte necessário a partir dos objetivos deste trabalho e construir um diálogo com conceitos já discutidos na literatura.

Na dimensão individual da gestão do cuidado em saúde nos deparamos com um embate em torno da autonomia x tutela, o qual se configura como um espaço de tensão permanente entre idoso, família e equipe. A existência de movimentos, mesmo que mínimos, de busca de autonomia por parte dos pacientes, em termos de autodeterminação e auto-cuidado, mobiliza em cada um dos atores envolvidos no cuidado, sejam eles os profissionais da equipe ou os familiares, reações distintas, mas frequentemente de clara restrição da possibilidade dos pacientes exercerem um mínimo controle sobre suas vidas. Essa foi umas das questões que mais me mobilizaram, pois a situação existencial da pessoa idosa marcada pelas mudanças advindas do processo normal de envelhecimento ou por doenças e transtornos mentais nos leva a refletir sobre este dilema, qual seja, o da tutela x autonomia na velhice. Este ainda é um espaço de muitos embates permeados pela necessidade de proteção ao indivíduo em situação de risco e, ao mesmo tempo, pelo respeito a sua dignidade e direito de escolha. Esse trabalho me trouxe a seguinte

indagação: se nós, os profissionais que trabalhamos com idosos, na nossa prática profissional buscaram sensibilizar familiares e cuidadores para o respeito e valorização da autonomia da pessoa idosa, até que ponto nós profissionais estamos verdadeiramente sensibilizados e abertos a esses movimentos de busca de autonomia? Em que medida condições de trabalho limitadas, com falta de estrutura e recursos também nos impedem de ouvir e perceber essas “resistências” do paciente na adesão ao tratamento como resposta a não valorização das suas escolhas? Temos um compromisso ético com a segurança e integridade do paciente, mas será que por estarmos munidos pelo saber e vocabulário técnico também não “abafamos” esses movimentos de busca de autonomia?

Na análise da segunda dimensão, a familiar, destacamos o papel do cuidador, na medida em que este se configura como elo entre o idoso e a equipe, uma vez que as intervenções do PADI são baseadas em orientações a esses cuidadores. Ao analisarmos a interação cuidador – idoso doente, entendemos que o processo de tornar-se cuidador se dá de diferentes formas, de acordo com as características e dos valores que constituem os elos de cada família.

Muitos estudos têm sido realizados nos últimos anos mostrando o papel desempenhado pelos cuidadores familiares na sociedade, constituindo-se numa rede de suporte informal e autônoma de atendimento a situações que envolvem saúde, como também a preocupação com a sobrecarga na atividade de cuidar, principalmente dos cuidadores familiares devido ao vínculo consanguíneo ou afetivo.

Na formulação do plano de cuidados e sua realização, a disputa entre o cuidado técnico e o cuidado leigo é permeada, de um lado pela autoridade do profissional legitimada pelo saber de que é portador, e do outro, o pelo saber prático (ou “leigo”) do cuidador que conhece os detalhes da história de vida do idoso, suas peculiaridades, preferências e vontades, e desenvolve no espaço privado doméstico atividades de cuidado cotidiano ao seu familiar. Para que haja

uma complementaridade entre estes dois saberes, produzindo num diálogo com vistas à construção compartilhada do plano de cuidados, a equipe deve reconhecer também como legítimo esse saber “leigo” e, assim, construir vínculos que poderão tecer uma rede mútua de cuidados. Esse aspecto, fundamental na concretização do plano de cuidados me foi muito revelador, pois enquanto profissionais temos o discurso de que o cuidador é o nosso parceiro, mas desde que ele faça aquilo que prescrevemos. Ao final, o que valorizamos é a obediência do cuidador e do paciente.

Já no que se refere ao trabalho em equipe, o PADI, por suas características, depende intensamente da interação entre as especialidades, propiciando assim deslocamentos dos núcleos profissionais e o desenvolvimento de uma prática interdisciplinar, que vai desde o momento da inserção do paciente no programa, a construção do plano de cuidados e tomada de decisões. Isso faz com que as dimensões profissional e organizacional estejam tão imbricadas ao ponto de serem trabalhadas em conjunto. Verificamos desta forma que a atuação interdisciplinar não conta com uma receita milagrosa, mas sim por meio de ação contínua vivida no cotidiano, da integração de todos num projeto em comum, da consciência do que significa interdisciplinaridade e que cada um compreenda o sentido da sua contribuição e da sua competência no alcance de um resultado em comum por meio da conjunção de cada saber e competência ali envolvidos. Podemos dizer que o PADI desenvolveu uma forma muito singular de coordenação, na qual a ação solidária e articulada entre os três profissionais fixos (a assistente social, a enfermeira e a médica) consegue produzir certa estabilidade e concentração da equipe, mesmo considerando a rotatividade e os vínculos precários dos demais profissionais.

O estudo possibilitou identificar o papel da enfermagem como gestora do cuidado, por garantir a continuidade e articulação do cuidado aos pacientes, tendo em vista a rotatividade dos alunos das demais áreas no campo e sua proximidade nos domicílios devido às particularidades do seu trabalho e sua constante presença física nos domicílios.

Na dimensão sistêmica a pesquisa mostrou que as dificuldades relacionadas ao cuidado domiciliar concentraram-se na falta de articulação entre a rede hospitalar e rede básica de saúde, sistema de referência e contra-referência e no pouco investimento que o sistema público destina para essa área. Os relatos nos mostram que o programa não mede esforços para construir conexões com outros serviços de saúde, na perspectiva da construção da integralidade do cuidado, de maneira muito mais informal do que regulamentada para compor suas linhas e redes. Por isso tudo é que a categoria empírica que sintetiza os elementos da gestão sistêmica do cuidado poderia ser nomeada como “a ‘regulação’ profissional do acesso aos serviços de saúde”, é realizada a partir dos contatos e conhecimentos que cada membro da equipe tem dentro e fora da instituição.

Ao acompanharmos a realidade dos idosos atendidos pelo PADI, verificamos que na dimensão societária, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. Tanto o Programa, quanto seus pacientes e familiares, enfrentam uma série de dificuldades para o acesso de um cuidado integral do idoso, desde a falta de locomoção para levar a equipe até o domicílio, carência de recursos humanos, sendo o serviço altamente dependente do trabalho voluntário. Faltam, também, recursos para aquisição de materiais e insumos que possa viabilizar um trabalho de reabilitação mais eficaz. No que tange a esfera familiar, são marcantes as dificuldades de acesso a Medicação, equipamentos de tecnologia assistiva como órteses, cadeiras de rodas, dispositivos para adequação postural, dietas, sondas, fraldas e etc.

Essa situação nos mostra como a pessoa idosa ainda é pouco valorizada na nossa sociedade, e o quanto que serviços como o PADI, acabam buscando alternativas para prover aos seus usuários o mínimo de dignidade por meio de um cuidado humanizado, com alternativas criativas uma vez que há pouco investimento na assistência a população idosa, sendo essa desenvolvida de forma precária. Em suma podemos concluir que a produção do cuidado a

essa população é realizada por uma co-gestão por meio da articulação entre a rede de suporte formal composta pelo PADI e da rede de suporte informal composta pela família.

Caminhando para a finalização de nossas considerações aponto algumas indagações e dilemas: quais os limites desse trabalho quase que heróico dessa equipe? Até que ponto podemos depender tanto da “regulação profissional” para oferecer um atendimento integral? Como ficam os demais usuários que não contam com esse tipo de ajuda? Diante de todas essas dificuldades vividas por essa equipe e de todo o esforço feito pelos seus membros o quanto que ela também precisa ser cuidada, até para estabelecer seus limites e ter condições dignas de trabalho?

ANEXO I – Carta de autorização**Universidade Federal de São Paulo****Escola Paulista de Medicina****Departamento de Medicina****Disciplina de Geriatria e Gerontologia****AUTORIZAÇÃO**

Eu, Naira Dutra Lemos, responsável pelo Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso, vinculado à disciplina de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/EPM autorizo que Mariela Besse, RG: 27216996-1 aluna do curso de pós-graduação do Departamento de Medicina Preventiva/UNIFESP, 2011, colete dados por meio de observação participante durante as reuniões de equipe e atendimentos domiciliares, para a realização da pesquisa do seu trabalho, intitulado “A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM GERONTOLOGIA E A PRODUÇÃO DO CUIDADO: um estudo de caso”.

16/09/2010

Coordenadora do Programa

ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM GERONTOLOGIA E A PRODUÇÃO DO CUIDADO: um estudo de caso**

O objetivo deste estudo é o de Apreender de que forma os conceitos teóricos da Gerontologia são colocados na prática da gestão clínica do cuidado a saúde do idoso. Trata-se de um estudo realizado exclusivamente no Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso da Universidade Federal de São Paulo. A referida pesquisa utilizará como técnica de coleta de dados a observação participante, na qual o pesquisador irá permanecer no serviço acompanhando as reuniões de equipe e as visitas domiciliares, utilizando para registro dos dados um diário de campo e a gravação em áudio das reuniões, para posteriormente serem transcritas e analisadas. Não há nesta pesquisa benefício direto para o participante e o seu benefício principal é conhecer mais profundamente a atuação dos profissionais de saúde na gestão do cuidado à saúde do idoso visando assim, apresentar dados para que se possa apresentar a atuação deste profissional. Em qualquer etapa deste estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é a Terapeuta Ocupacional Mariela Besse que pode ser encontrada no endereço R. Francisco de Castro, 105. Disciplina de Geriatria ou nos telefones 5576-4848 e 45819843 e 9126-7960. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj. 14, 5571-1062, fax: 5539-7162. e-mail: cepunifesp@epm.br.

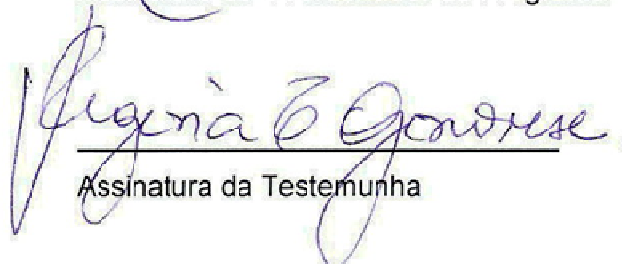
É garantida a você a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento que esteja realizando nesta instituição, ou de algum parente. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum dos entrevistados. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo, bem como na há compensação financeira relacionada a sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Comprometemo-nos a utilizar os dados somente para esta pesquisa.

"Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo" A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM GERONTOLOGIA E A PRODUÇÃO DO CUIDADO: um estudo de caso.

Eu discuti com a Terapeuta Ocupacional Mariela Besse sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.



Assinatura do Coordenador do Programa

DATA 16/09/2010


Assinatura da Testemunha

DATA 16/09/2010

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste entrevistado para a participação neste estudo.



Mariela Besse – Pesquisadora.

Anexo III – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 9 de abril de 2010.
CEP 0382/10

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a) **MARIELA BESSE**

Co-Investigadores: Luis Carlos de Oliveira Cecílio (orientador)

Disciplina/Departamento: Medicina Preventiva/Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: **"Gerontologia: do discurso à prática interdisciplinar na gestão clínica dos cuidados a saúde do idoso"**.

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Observacional.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Sem risco, sem procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Aprender de que forma os conceitos teóricos da Gerontologia, em particular a ênfase na interdisciplinaridade, são colocados na prática da gestão clínica do cuidado a saúde do idoso..

RESUMO: A amostra será composta por um profissional de saúde de cada uma das seguintes áreas: medicina, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional, psicologia, serviço social e enfermagem, totalizando 8 indivíduos, de ambos os sexos, que tenham obtido título de especialista em geriatria ou gerontologia, pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Será realizada uma entrevista semi-estruturada individual com informações sócio-demográficas de cada sujeito, como idade, tempo de formação e de atuação com a clientela idosa, formação específica em geriatria e gerontologia. Será apresentado um caso clínico instrumental referente a uma situação hipotética de um paciente idoso que precise de uma abordagem interdisciplinar para a apreciação do interessado..

FUNDAMENTOS E RACIONAL: A Organização Pan-Americana de Saúde recomenda que, quaisquer que sejam as atividades de promoção planejada de saúde, deverão incluir atuações no campo biológico, psicossocial, político e legal, e que a promoção da saúde do idoso deverá estar a cargo de uma equipe interdisciplinar. Este estudo visa conhecer, com base em pesquisa realizada junto a profissionais com título de especialista em geriatria ou gerontologia que atuam em equipes interdisciplinares, práticas assistenciais que potencializem a gestão dos cuidados de saúde sob a ótica do agir interdisciplinar..

MATERIAL E MÉTODO: Estão descritos os procedimentos do estudo.

TCLE: Adequado, contemplando a resolução 196/96.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento externo - R\$ 874,00.

CRONOGRAMA: 24 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: Mestrado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: **4/4/2011 e 3/4/2012.**



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU e APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

0382/10

ANEXO IV – Transcrição Reunião Multiprofissional PADI - Arquivo 30921

A reunião é sempre iniciada pelo profissional médico responsável pela geriatria, ele fica com a agenda das visitas realizada.

A reunião foi iniciada com a solicitação do profissional de fisioterapia em apresentar um relato de como foi a visita realizada na semana retrasada ao paciente Sr. M., a qual não foi discutida na reunião passada. Essa visita foi realizada pelos profissionais de fisioterapia e nutrição:

Fisioterapeuta: *“Foi bem interessante a visita porque a cuidadora, foi bem receptiva às orientações da nutricionista... porque facilitou muito o dia-a-dia dela na forma de armazenar os alimentos e de triturar, então eu achei bem legal. Ela disse, que contratou uma cuidadora para ficar no período da tarde e visivelmente ela estava bem menos estressada do que na última visita”.*

Assistente Social: *“Isso, foi só ontem, porque hoje já acabou essa paz”.*

Fisioterapeuta: *“Ah é...”*

Médica Geriatria: *teve visita lá?*

Assistente Social: *“sim, a gente já vai falar o que aconteceu”.*

Médica Geriatria: *“vamos voltar às prioridades”.*

Fisioterapeuta: *“eu tinha pedido para ela cortar a bengala que estava muito alta, e ele tem uma resistência em trocar de bengala, ele gosta da pequeninha que está inadequada. Na hora ela cortou e ficou no tamanho certo e ele pegou, conseguiu andar e ele gostou. Na hora eu treinei a bengala com ele e ele gostou e disse: “Ficou boa né”. Então ele está andando com a bengala e recebeu bem as orientações.*

Assistente Social: *“Acho que é a forma como ela (cuidadora) passa, ela tá tão estressada que não consegue passar mais nada para eles”.*

Médica Geriatria: *“ela não presta atenção”.*

Assistente Social: *“ela não ouve, ela não ouve o que a gente fala”.*

Fisioterapeuta: *“o primeiro dia que eu fui foi assustador, ela tava nervosa... vermelha... gritando com a gente.”*

Assistente Social: *“ela vai ficando assim e parece que vai explodir”.*

AS: “ela ligou hoje, e disse que queria falar com o residente que a atendeu no ambulatório, eu respondi que ele não está mais no PADI. Ela disse, mas ele estava... Sim estava, mas agora não está mais. Acontece que ele me deu uma declaração com o CID (Código Internacional de Doenças) da minha mãe de que ela tem Alzheimer pra ela pode retirar uma medicação lá no pastorinho e o pastorinho ficou com essa declaração e quando vocês vierem aqui na sexta feira eu quero que ele de uma outra declaração para eu poder da para o advogado fazer o processo de interdição. E também porque a gente vai pagar a instituição do meu pai com a aposentadoria dele, mas da minha mãe o Estado tem que pagar”.

Assistente Social: *“ela acha que o estado vai pagar e continuo dizendo: “então eu quero a declaração e tem que ser do médico que me atendeu, porque ele tem firma em cartório reconhecida que eu posso ir”.*

Assistente Social: *o problema é o seguinte, o residente que atendeu no ambulatório essa senhorinha, a esposa não é paciente do PADI e do ambulatório, e eu orientei o residente a não dar a interdição, mas o preceptor disse: vai uma hora interditar mesmo, dá agora. Mas o residente fez o exame cognitivo nela e está no início da demência...eu perguntei ao residente se ele queria fazer isso e ele disse que não iria por, até pelo menos aonde eu sei, então o atestado foi para começar a tomar o remédio, a declaração foi para abrir o processo da medicação e não interdição, nós explicamos isso a ela que ainda não era o momento mas ela não aceita.*

Assistente Social: *“eu vou ligar para ela e explicar que o residente naquela entrevista disse que não”.*

Assistente Social: *“ela decidiu que quer institucionalizar o pai e a mãe...”*

Médica Geriatria: *Institucionalizar ou interditar?*

Aluna do Serviço Social: *“As duas coisas, ela quer essa declaração tanto pro processo de interdição quanto pra provar para o Estado que ela tem dois e só pode pagar um e que o Estado tem que pagar o outro. O lance dela é esse desde o começo, ela tá determinada e tá com isso na cabeça faz dois meses”*

Assistente Social: *“eu vou ligar para ela explicar tudo isso, que o residente na época achou que não era o caso, e se ela quiser, ela espera ele voltar para o ambulatório e conversar com ele de novo. Isso não tem nada a ver com o PADI, ela tá fazendo confusão, mas pode deixar que quando a reunião acabar eu ligo e explico para ela”.*

Médica Geriatria: *dá continuidade à reunião e passa para o próximo caso:*

Médica Geriatria: *Sr. L, foi médica (as quais – residentes - estavam ausentes da reunião),*

Assistente Social: *quando elas chegarem elas falam.*

Médica Geriatria: *Sr. J.A, foi só fisio.*

Fisioterapeuta: *“foi tudo mundo na verdade, o Senhor JÁ está bem, tá mantendo o quadro estável, tem aquele quadro de bradicardia, a alscuta está boa ela tá fazendo fisioterapia 3x por semana, particular e tá mantendo o quadro.”*

Assistente Social: *cadê o caderninho do médico, vamos ver se tem alguma coisa anotada... “paciente sem queixas, conduta mantida”.*

Assistente Social: *“posso ler do Sr. A. que foi na semana retrasada e na passada, mas a nutrição não tinha evoluído ainda. “Paciente refere perda de peso após AVC em 2006, de 20 kg, não refere inapetência, problemas de deglutição ou mastigação. Fezes pastosas, já orientado dieta de 2000Cal por nutricionista do outro hospital” – orientado a manter dieta, respeitar quantidade, variedade e fracionamento, diminuir o consumo de doces...”*

Assistente Social: *“Dona M morreu, ela entrou e saiu tão rápido”.*

Aluna do Serviço Social: *“mas foram intensas as visitas”.*

Assistente Social: *“Morreu em casa?”*

Equipe: *“não, morreu na enfermaria... Neste ponto ao menos teve esse conforto da gente levar...”*

Pesquisadora pergunta: *a paciente não queria morrer em casa?*

Equipe: *“não, a família não queria que ela morresse em casa. Eram muitos procedimentos, várias aspirações e para a família estava difícil.”*

Médica geriatria dá prosseguimento ao próximo caso: pct Sra. Z: Enfermeira inicia dizendo:

“A Sra. Z. esta daquele jeitinho, a cuidadora informou que está evacuando uma vez por semana, está com uma dieta laxativa, tomando água, comendo bem e disse que queria um pouquinho mais de atenção das pessoas... dos filhos... ela tem dois filhos, não tá vendo muita melhora da medicação, quase caiu, mas a cuidadora conseguiu segurar.”

Eu fiz um toque retal nela, não deu para tirar o fecaloma, pois estava muito alto, elas tinha um flit (), e eu fiz e pedi para ligarem e nos informarem, mas eles não tem retornado as ligações.

Terapeuta Ocupacional: *“eles não retornaram, pois no dia seguinte teve visita da podóloga e da medicina e eles deram retorno de que o procedimento deu certo e a pct conseguiu evacuar”.*

Enfermeira: *“vou falar só mais uma coisa senão eu falo tudo e o resto da equipe que foi na visita não terá o que falar. O que eu senti foi o seguinte, o genro tava lá, ele é taxista, ele tava na parte de baixo da casa, a gente só o conheceu na hora de sair. Pelo que a cuidadora fala, não existe muita boa vontade de fazer mudanças de melhoras, para eles é bom que ela fique naquele quarto e não encha o saco. O que me parece é que ela tá ficando meio paranóica naquele quarto. Nem a cadeira muda de lugar, e sempre aquela cama, a cadeira e aquela mesa. Ela nem muda a poltrona pra janela, mesmo porque a janela dá para uma parede branca e um varal de roupas, ela não tem visão nenhuma da rua. Parece que tem um problema com o filho dela também, parece que ele não se dá bem com a irmã e não vai ver a mãe, mas ajuda financeiramente e a cuidadora já pegou discussões e ele falando sobre isso”.*

Assistente Social: *“mas não é difícil para descê-la?”*

Terapeuta Ocupacional: *“acho que se tiver vontade dá para descer sim, não precisa ser todo dia, poderia ser aos finais de semana pelo menos”.*

Enfermeira: *“se dois homens pegarem um na frente e outra atrás da cadeira dá para descer”.*

Assistente Social: *“mas tem dois homens lá?”*

Enfermeira: *“Tem esse chofer (taxista), e eles podem chamar alguém para ajudar... pra gente fazer algumas coisas a família precisa entender que”*

Médica Geriatria: *“eu falei com a filha pelo telefone e disse que precisávamos dessa consulta com o neuro para esclarecer o diagnóstico”*

Enfermeira: *“A cuidadora falou que a filha disse que não vai levar a mãe na consulta do neurologista porque é muito difícil tira-la de casa, da muito trabalho... eu não sei se eles entenderam qual é o nosso objetivo, não é só chegar lá fazer uma consulta médica orienta e sair, não. Vão ter que ter mudanças e ter a colaboração deles”.*

Assistente Social, *dirigindo-se a aluna do serviço social: “então você poderia chamá-los para conversar aqui, ver se a filha pode vir”.*

Enfermeira: *“eu acho isso importante”.*

Terapeuta Ocupacional: *“eles ficam reunidos na parte de baixo e ninguém sobe para falar com ela, ela chora e diz que ninguém vai vê-la, ela não se sente em casa, no seu espaço, pois o quarto era da neta e continua com as coisas da neta e ela não pode mexer”.*

Assistente Social: *“eu me lembrei deste caso, pois fui eu que avaliei, a filha me disse que o irmão ajuda com dinheiro, mas não vai lá, pois ele e a mãe não se dão bem, e ela acha até melhor que ele não vá, pois todas vez que conversam entram em atrito. A filha é bem esclarecida, dá para conversar numa boa com ela... vamos combinar que ninguém vai fazer nenhuma intervenção mais radical antes da gente falar com ela”.*

Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta: *“a gente queria fazer algumas pequenas adaptações e orientações”.*

Enfermeira: *“eu acho que essas pequenas coisas já dão para fazer e ver como eles irão responder”.*

Assistente Social: *“não, esperem primeiro falarmos com eles e depois vocês orientam”.*

Enfermeira: *“ok, depois dá conversa à gente orienta”.*

Terapeuta Ocupacional: *“mas já está orientado e evoluído no prontuário”.*

Assistente Social: *“pronto, já orientou, não vamos orientar mais nada enquanto não falar com eles, depois a gente retoma o caso e vemos o que vamos fazer, para não criar nenhum problema”.*

Médica Geriatria: *“da parte clínica ela não tem queixas, só a depressão que eu acho que não adianta aumentar a dose da medicação, pois é a falta de estímulo que não ajuda”.*

Assistente Social: *“vou falar com a família, deixar claros os objetivos do programa, a importância de levar a mãe na consulta da neuro para fechar o diagnóstico e pontuar as dificuldades deles em cumprir as orientações da equipe.*

(após esse desfecho a reunião prossegue com demais casos visitados nesta semana)

Médica Geriatria: *“na sexta de manhã foram visitados Sra. M e Sr. S pela podóloga.*

Residente: *a gente acompanhou a visita da Dona M, a filha relatou que a pct vem diminuindo a ingesta alimentar e tem uma queixa de dor em membro superior e ela tava usando carvão ativado as úlceras maleolares as quais estão melhorando.*

Enfermeira: *“agora, o fato dela não comer bem, já faz tempo...mas eu não sei o que é não comer bem porque eu não to vendo-a emagrecer”.*

Terapeuta Ocupacional: *“faz tempo que a Nutri não vai vê-la”.*

Assistente Social: *“então coloca na lista para agendar”.*

Enfermeira: *“isso mesmo, até para comparar o IMC (índice de massa corporal), e orientar, se não ela fica só no café com leite e não ajuda a cicatrizar as úlceras”.*

Médica Geriatria: *vamos falar do próximo então...Sr. S*

Fisioterapeuta: *ele está com uma queixa de dor nos pés e com feridas... umas feridinhas que já estão com casquinhas e bem fechadinhas, mas eu percebi que ao redor estão descamando e um pouco edemaciado também e ele se queixa que dói muito, porque é na sola do pé...a cuidadora disse que tá saindo água.*

Residente: *“nós iremos amanhã examinar o Sr. S.*

Médica Geriatria: *“Próximo caso: Sr. A.”*

Residente: *“teve queixa de diarreia líquido-pastosa, mais ou menos umas duas vezes por dia...já tinha um tempinho essa diarreia. O Dr. R foi neste dia e suspendeu o sulfato ferroso dele que já tava usando tem um tempão e a gente vai*

pedir o perfil do ferro dele para ver como tá. Ele orientou a dieta, uso de adoçante que pode dar diarreia ou leite e pedidos para colher exames também”.

Médica Geriatria: *“o apetite tava normal, não perdeu peso aparentemente, porque ele já tem antecedentes de quadros assim”.*

Médica Geriatria: *próximo caso Senhor R...foi médico, fisio e to.*

Fisioterapeuta: *“no Sr. R a gente passou rápido porque estávamos atrasadas e tínhamos que devolver o carro até as quatro horas devido ao rodízio”.*

Residente: *“não mudamos nada na medicação”.*

Fisioterapeuta: *“ele está com mais dificuldade para andar”.*

Assistente Social: *“a esposa pediu para visitar porque ele fica com a perna mole de repente e não tava mais conseguindo ficar em pé depois que ficou internado, por isso que a gente marcou a visita”.*

Fisioterapeuta: *“a esposa não falou nada disso, disse que ele estava com mais dificuldade para andar e falou da internação”.*

Assistente Social: *“é, ela tem estado muito esquecida, liga para ela depois e pergunta sobre essa queixa para sabermos como ele está”.*

Médica Geriatria: *“próximo paciente Senhor J, como ficou a novela dele”.*

Enfermeira: *“o Senhor J ficou o seguinte... eu fui lá colher a urina dele e ele não foi para o hospital porque a assistente social de lá orientou que antes de tirar o Sr. J de lá a cuidadora tinha que ter marcado...mas tudo isso aconteceu porque quando deram alta para ele disseram que ele tinha que ir embora logo pois tinha ambulância naquela hora, foi num sábado à noite, e como era sábado à noite, como ela iria agendar antes de sair para ele tirar os pontos. Então ela não levou para tirar os pontos dele. Eu colhi a urina dele, mas a gente foi lá nesta segunda-feira, a gente conseguiu o carro e ficou de eu tirar os pontos em dias alternados. Mas acontece o seguinte, eu cheguei lá e tá saindo secreção daquela cirurgia e aí eu pensei...eu tiro os pontos e abre...da deiscência...eu faço o que? Ai a esposa vai ao hospital tentar marcar para ele tirar os pontos lá e as meninas fizeram uma cartinha para o médico que o operou pedindo urgência, pois já passou muito o tempo de tirar os pontos. Perguntamos também se eu poderia tirar os pontos alternados, ele não respondeu e marcou o retorno para a próxima segunda. Entretanto a cuidadora não tem como levá-lo e agora está aguardando uma vaga de ambulância na central reguladora de ambulância, a qual está tentando resolver*

o caso, pois está difícil conseguir ambulâncias, sendo que para esse tipo de problema eles não levam pacientes, mas irá levá-lo devido à situação dos pontos da cirurgia, caso contrário ela não teria como ir”.

Médica Geriatra: *“e como tá a úlcera dele?”*

Enfermeira: *“a úlcera tá péssima, ela não manda fazer a papaia, pois precisam de uma prescrição médica, as meninas fizeram e agora temos que aguardar ela comprar a papaína”.*

Assistente Social: *“ela comprou o pezinho de espuma para apoiar o calcanhar”.*

Terapeuta Ocupacional: *“ela tem”.*

Enfermeira: *“se vocês vissem como ela faz o curativo gente... é absurdo. Eu oriento que tem que por um chumaço de gases com a papaína e prender com micropore e depois por na botinha de espuma, ela coloca pouquíssimas gases e não prende com micropore e põe na botinha... Mas assim, tá difícil lá”.*

Fisioterapia: *“ela é difícil, porque eu fui várias vezes lá dei orientações e tinha a sensação de que ela não fazia nada”.*

Assistente Social: *“ela tá cansada gente e depois que ele operou ela ficou muito assustada”.*

Fisioterapia: *“eu também acho”.*

Assistente Social: *“agora vamos ver o outro lado, ela deu todas aquelas injeções direitinho, certinho... ela faz o que ela pode, eu fiquei super assustada em saber que ela ia dar todas aquelas injeções e ela deu direitinho...ela faz o que ela pode...eles não têm nenhum vínculo familiar, ela pegou ele na rua, ele não tem família”.*

Terapeuta Ocupacional: *“o que vamos fazer com ele então vai marcar como prioridade de visita?”*

Assistente Social: *“vamos aguardar primeiro o desfecho dos pontos até segunda e depois decidimos”.*

Médica Geriatra: *“bom, agora é a pct L, a filha ligou dizendo que ela tinha rebaixado muito, eu pedi para internar. A médica do convênio foi vê-la e disse que não iria internar, pois não tinha febre. Então, eu falei com a filha e pedi exames com urgência e marquei visita com as meninas (residentes).”*

Residentes: *“a filha trouxe uma queixa de uma secreção vaginal esbranquiçada... parecia uma candidíase... ela disse que quando a mãe senta na cadeira de banho sai muita secreção e que ela já tinha há muito tempo, mas era pouco e que agora é como se fosse uma cachoeira.”*

Enfermeira: *“eu examinei para ver se tinha assadura e não tem nada e a secreção não é tanto assim, na verdade como as residentes são novas a filha exagerou muito os sintomas. Da dó de ver a cuidadora, pois ela só tem isso na vida e a paciente grita com ela para pedir o pote para cuspir.”*

Médica Geriatria: *“e aí, tava com secreção pulmonar, leucocitose e o que mais?”*

Residente: *“tava com leucocitose, a ausculta tava limpa e a urocultura não tava pronta ainda, nos pensamos em entrar com antibiótico EV (endovenoso).”*

Médica Geriatria: *“mas custo é muito alto, próximo de R\$: 3.000,00, por isso que eu pedi para internar. O que vocês orientaram?”*

Residentes: *“ficamos de ver uma forma de tratar sem sair de casa e para parte do corrimento ficamos de ver fluconazol, pois parece que ela nunca tratou essa parte.”*

Médica Geriatria: *“vamos verificar se o convênio dela cobre o antibiótico endovenoso, caso contrário decidimos o que usar.”*

Médica Geriatria: *“o próximo caso agora é o da Dona A.”*

Fisioterapeuta: *“então, a dona A a gente foi ontem à tarde mas não tinha ninguém no apartamento, estranho que o porteiro deixou a gente entrar e não disse nada, e a gente só descobriu que não tinha ninguém quando tocamos a campainha e ninguém atendia. Aí a gente saiu e o porteiro falou: “elas não tão lá né? Que estranho, ela nunca sai e deixa a mãe sozinha.” Eu falei com o residente, ele disse que depois que o marido da pct morreu, a filha voltou a trabalhar e acho que a pct tá ficando sozinha.”*

Enfermeira: *“mas ela tinha uma cuidadora.”*

Fisioterapeuta: *“mas eu liguei ontem a tarde toda e hoje de manhã e ninguém atendeu, eu fiquei preocupada de ter acontecido alguma coisa.”*

Assistente Social: *“nossa, será que ela tá deixando a mãe sozinha?”*

Fisioterapeuta: *“então eu queria voltar lá amanhã, mas não consigo marcar.”*

Assistente Social: *“mas como é perto, vai sem avisar, se ela estiver lá explique que tentamos avisar antes e não conseguimos e caso não haja ninguém deixe um bilhete para que entrem em contato conosco.”*

Médica Geriatria: *“então agora é o Sr. J P*

Residente: *“o Sr. J é um paciente que tem uma síndrome demencial, 101 anos, um provável Lewi, é totalmente dependente, constipação crônica, osteoporose, ex tabagista e ulcera de membro inferior direito cicatrizada. Hoje estava lá a filha dele, dona N, falou que ele está bem, sem nenhuma queixa específica. Disse que tem alguns períodos de apatia, na maior parte do tempo está bem, conversa, tinha uma agitação psicomotora com delírios, mas a agitação e os delírios melhoraram então ela não iniciou a medicação que foi prescrita para isso (rivastigmina).*

Médica Geriatria: *“ela nunca faz o que a gente pede.”*

Residente: *“ela disse que leu a bula e achou melhor não dar”*

Médica Geriatria: *“nossa eu pedi para tirar a bula da caixinha, pois eu sabia que ela ia ler a bula e não ia querer dá. Ela deve ter falado que ele melhorou para não dar a medicação.”*

Fisioterapeuta: *“ele tá aceitando bem a alimentação... precisa de ajuda para tudo...não tá engasgando...usa fralda, ela faz duas trocas por dia...também porque ela é sozinha e tem essa situação social bem complicada porque ela é quase idosa, a irmã é bem mais velha que ela e vem ajudar toda noite pra por na cama, se não ele fica na poltrona o dia inteiro e já esta com uma ulcera de pressão na nádega esquerda de grau II com um centímetro e meio e escoriações ao redor. Ela falou que já esteve pior, tinha nas duas, mas agora só tem na esquerda e esta com curativo...mas ela falou que ele fica o dia todo na poltrona e só consegue por na cama quando a irmã chega, e as vezes é por volta da uma hora da manhã.”*

Médica Geriatria fala para a Assistente Social: *“vamos marcar uma reunião para conversar com as irmãs devido a essas dificuldades.”*

Médica Geriatria retoma a discussão do paciente L (pois no início da reunião a residente que fez a visita não estava presente).

Assistente Social: *“a cuidadora do Sr. L ligou antes da reunião querendo saber quando é que vai buscar ele de ambulância para trocar a traqueia...ninguém combinou isso com ela, ninguém falou isso para ela. E falou também que ela*

precisa com urgência da visita da nutricionista para fazer uma avaliação porque ela precisa do suprimento. Disse a ela que discutiríamos na reunião de hoje e ligaríamos para dar um retorno. Vocês precisam ver se é isso mesmo e pedir para as nutris fazer o relatório... Agora a coisa da traqueo precisa ver o que vai ser feito.”

Fisioterapeuta: *“ela comentou comigo isso na ultima consulta, eu passei isso em reunião, mas não foi decidido nada”*

Médica Geriatria: *“a gente fazia sempre uma ponte com uma colega... a gente conseguia a ambulância, levava ate o pronto socorro ela trocava.”*

Assistente Social: *“mas é hora dessa traqueo trocar?”*

Terapeuta Ocupacional: *“ela falou que já deu”*

Fisioterapeuta: *“foi no fim do ano passado que trocou”.*

Assistente Social: *“e ela tem essa traqueo?”*

Enfermeira: *“não, da outra vez foi à residente que conseguiu”.*

Assistente Social: *“também tem isso, não tem a traqueo, precisa explicar para ela que o hospital não vai ter... não sei se é tão fácil conseguir a traqueo.”*

Enfermeira: *“é só ver se tem no almoxarifado, eu tenho o número aqui, precisa ver que número é a traqueo do pct.”*

Assistente Social: *“eu falei para ela que ligaria no final do dia para falar da visita da nutri e da traqueo.”*

Fisioterapeuta: *“ela insiste toda vez em trocar a traqueo mesmo estando tudo bem ela sempre quer trocar, precisa ver mesmo se precisa antes de organizar tudo para trocar.”*

A discussão dos casos é finalizada e a equipe passa a definir a agenda da próxima semana.

TRANSCRIÇÃO REUNIÃO MULTIPROFISSIONAL PADI - ARQUIVO 40928

A reunião inicia-se com a assistente social dando uma devolutiva de um caso já discutido em outra reunião, referente ao paciente Sr. J, o qual fraturou a perna, fez cirurgia em outro hospital e está com dificuldades em retornar para retirar os pontos.

Assistente Social: *“então, referente ao Senhor J, para quem não se lembra do caso, ele fraturou a perna e tinha que fazer o retorno, mas não estava conseguindo ambulância. A aluna Serviço Social, conseguiu entrar em contato com a UBS (Unidade Básica de Saúde) e foi informada de que lá não tinha esse serviço de ambulância e fomos orientadas a procurar um deputado para conseguir o transporte. Aí ficamos muito nervosas com essa resposta, pois verificamos que tem sim a possibilidade de solicitar via UBS quando é uma situação pontual, como essa, e o paciente têm que estar cadastrado numa UBS, esse serviço é somente para coisas específicas e não a longo prazo como uma reabilitação. A cuidadora, nos ligou, hoje, dizendo que conseguiu a ambulância, mas que a mesma estava em péssimas condições, com o piso todo enferrujado, sem grades na maca para segurar o paciente e ela teve que ir sentada num banquinho ao lado da maca, mas de qualquer forma conseguimos resolver isso e o paciente fez o retorno”.*

Médica Geriatria: *“Vamos falar então da Dona N.”*

Residente: *“tem 74 anos, com sequela de AVC, ela é hemiparética à direita e afásica, tem dislipidemia e hipertensão, tá interrogado um déficit cognitivo, pois teve um Mini Mental ruim, mas devido à afasia fica difícil de avaliar. A questão que o serviço social foi verificar é o fato de a filha ter mudado a mãe para um apartamento em outro andar e a filha mora agora com um companheiro. A paciente tem ficado com cuidadoras e estamos com dificuldades de contato com a filha, pois agora o telefone fica no apartamento da filha, a qual trabalha o dia todo, então não tem ninguém para atender, e no apartamento da idosa não tem telefone. Nós fomos lá e só encontramos a paciente com a cuidadora e na hora que estávamos saindo encontramos com a filha na rua, a qual nos disse que foi a mãe que quis mudar e que um irmão está ajudando com o aluguel... Da parte de medicação ela está com Omeprazol, AAS e Clopidogrel e artovastatina e o que estava mais pendente para ela é que esta sempre fazendo hipertensão com picos hipertensivos. Mas a filha disse que a pressão da mãe esta sempre boa e que mandou verificar o aparelho.”*

Médica Geriatria: *“Nós já indicamos enalapril, mas ela não quis usar.”*

Residente: *“isso, a filha sempre diz que a pressão tá boa. A cuidadora disse que sempre está 12x8, mas no dia anterior a visita estava 15x9.”*

Médica Geriatria: *“Mas, qual é o aparelho que ela tem?”*

Residente: *“digital e de punho, mas a gente sempre mede com o nosso e tá sempre alta e foi por isso que pedimos para calibrar o aparelho. E desde a avaliação global que foi pedido para entrar com enalapril e citalopran devido ao humor deprimido, desde abril isso foi pedido e ainda não foi feito. A gente não sabe se é a filha ou a paciente que não aceita.”*

Médica Geriatria: *“acho que é a paciente que não aceita.”*

Residente: *“mas a filha não percebe essas coisas na mãe, pois quando a encontramos na rua e falamos sobre a paciente estar deprimida a filha nos respondeu – mas quando eu saí de manhã ela não tava deprimida não - como se alguém deprimi assim, de uma hora para outra, e a dona N tá muito desmotivada, sem vontade para nada.”*

Médica Geriatria: *“acontece que a Dona N é Enfermeira e não gosta de tomar remédio, a enfermeira do PADI já foi falar com ela para trabalhar com essa questão, mas não adiantou.”*

Residente: *“então, mas quando conversamos com a paciente sobre a pressão estar muito alta e que precisa tomar remédio, ela parece que entendeu.”*

Médica Geriatria: *“mas talvez na hora que a filha via dar a medicação ela não aceita.”*

Residente: *“mas eu acho que a filha nem providenciou a medicação, pois não vi nada lá entre as medicações, então eu ainda questiono isso.”*

Assistente Social: *“a aluna do serviço social deixou um dado importante, que a paciente continua sem o cartão do Hospital, a filha ainda não veio fazer... ”na saída encontramos a filha que relatou ter perdido o pedido para fazer o cartão e as residentes fizeram outro”.*

Médica Geriatria: *“vamos fazer o seguinte então, eu vou ligar para a filha da paciente para entender melhor essa historia da medicação, o quanto que é a paciente que não aceita a medicação ou se é realmente a filha que não compra, pois até aonde eu sabia e que os demais da equipe traziam é que a paciente não queria ser medicada.”*

Residente: *“sim, mas nós ficamos em duvida dessa vez, pois a paciente compreende a necessidade da medicação e parece que a filha não vê a necessidade desses medicamentos.”*

Terapeuta Ocupacional: *“Acho importante também, já que é uma cuidadora nova e apartamento novo, verificar as condições ambientais para fazer adequações se necessário e orientar a cuidadora.”*

Médica Geriatria: *“vamos falar do próximo então Dona A.”*

Fisioterapeuta: *“não estávamos conseguindo falar na casa da paciente para agendar a visita, achávamos até que ela tinha se mudado e não nos avisado. Na quarta combinamos de passar no prédio e perguntar para o porteiro e deixar um bilhete para a filha, mas antes de sairmos tentei ligar novamente e por sorte a filha atendeu e pediu para que fossemos atender a mãe logo às 13hs, pois a filha tem trabalhado o dia todo e passa em casa na hora do almoço e bem rápido.”*

Médica Geriatria: *“mas a pct ta ficando sozinha?”*

Fisioterapeuta: *“não, tem uma empregada doméstica que fica o dia todo, enquanto a filha trabalha e essa empregada tem ordens expressas de não atender telefone e nem campainha em hipótese alguma, então elas ficam isoladas e só atende telefone quando a filha está lá. O que ela nos contou foi que no ano passado o porteiro deixou entrar uma pessoa que se apresentou como sendo primo de duas moradoras do apartamento em frente ao delas e que na verdade era um assaltante que levou várias coisas do apartamento e roubou mais dois moradores. O porteiro foi demitido, mas a filha ficou com muito medo e disse para a empregada que se ela abrir a porta ou atender o telefone vai demiti-la.”*

Assistente Social: *“então nós temos que falar com a filha para saber como fazemos para agendar visitas.”*

Fisioterapeuta: *“ela passou o telefone do trabalho dela, para ligarmos lá.”*

Médica Geriatria: *“mas e daí, como vamos fazer a visita se ela não fica em casa o dia todo?”*

Fisioterapeuta: *“ela pediu para irmos no horário de almoço dela, entre 12h30 até no máximo 13h50.”*

Médica Geriatria: *“vamos tentar, mas nem sempre será possível fazer isso.”*

Terapeuta Ocupacional: *“mas não podemos combinar com ela de ligarmos para ela e pedir para que avise a cuidadora que nos deixe entrar quando formos.”*

Assistente Social: *“eu acho que isso é possível sim, o problema é que a presença dela na visita é importante, não acredito que ela irá proibir visitas sem a presença dela.”*

Residente: *“A Dona A tem 84 anos, Doença de Parkinson avançada e mais uma síndrome demencial, síndrome da imobilidade e um quadro de convulsões já há uns três anos, tem dislipidemia, arritmia e totalmente dependente e tem uma úlcera sacral cicatrizada. Está em uso de ASS 100mg, Oxycarbamazepina e propranolol. O que a cuidadora contou e que a paciente vinha bem, mantendo o quadro, mas que no último domingo ficou mais apática, diminui aceitação de comida, sendo que ela come super bem, e ontem teve dois episódios de convulsão, ficando sonolenta e com liberação de esfíncter. Antes de aumentar a medicação de 1,5 para 3mg ela tinha convulsão todo mês, depois do aumento ela parou de ter, isso desde agosto e estes episódios foram os primeiros. Disso que a paciente não ficou sem a medicação, que consegue deglutir direitinho e que há um mês esta com uma tosse seca, mas que de duas semanas pra cá esta produtiva, com secreção amarela clara, mas que a paciente consegue expectora, entretanto, negou febre e dispnéia.”*

Fisioterapeuta: *“a filha relatou que ela não expectora, mas engole a secreção, tem uma tosse forte, mas não consegue expectorar.”*

Assistente Social: *“ela percebeu que o marido morreu?”*

Fisioterapeuta: *“a cuidadora disse que ela ficou bem triste nos primeiros dias e depois disso ficou mais apática, antes era mais animada e se movimentava mais, agora onde deixá-la ela fica, sem reclamar, se deixar numa posição ela fica a noite toda.”*

Assistente Social: *“ela deve estar ficando mais deitada?”*

Fisioterapeuta: *“acho que não, a cuidadora disse que ela fica sentada na poltrona usando apoio para controlar o tronco.”*

Assistente Social: *“antes com o marido ele a levava para andar na rua.”*

Terapia Ocupacional: *“seria bom avaliar melhor a postura dela nesta poltrona, para ver se esta adequada.”*

Fisioterapeuta: *“sim, mas no dia que fomos devido à convulsão não foi possível. Amanhã vou voltar lá para avaliar a respiração.”*

Residente: *“Em relação à deglutição a cuidadora disse que ela se alimenta bem, com alimentos pastosos/amassados e líquidos, mas que as vezes engasga com a própria saliva. Ontem ela estava sonolenta, e na ausculta pulmonar tinha roncosp difusos principalmente na base, mas com uma frequência respiratória de 18, até que confortável, então aumentamos a Oxycarbamazepina e deixamos inalação à noite, amanhã voltaremos para reavaliar e ver se é necessário entrar com antibiótico. A filha pediu que caso for entrar com antibiótico se possível ser solução, pois em comprimido e difícil engolir e a paciente segura na boca e depois joga no chão.”*

Médica Geriatra: *“podemos orientá-la a macerar o comprimido e colocar na comida.”*

Residente: *“no maléolo, na lateral esquerda há uma úlcera grau I, nós orientamos mudar de posição mais vezes, pois este é o local que ela mais fica apoiada, pedimos para hidratar mais a perna e usar um travesseiro para que este lado fique elevado e sem contato com outra área para não piorar.”*

Assistente Social: *“quem fazia essas coisas era o marido, mas ele morreu, e a filha já trabalhava o dia todo e dava esse apoio na hora do almoço, agora tem que orientar a empregada.”*

Fisioterapeuta: *“a gente nem viu a empregada, perguntamos por ela e a filha disse que estava almoçando. Vamos orientá-la amanhã.”*

Médica Geriatra: *“então vamos para a Dona Z agora.”*

Residente: *“Bom, a Dona Z tem 97 anos, uma síndrome demencial, um trauma raque medular com sequelas motoras em membros inferiores, tem osteoporose, cifose acentuada e dependência funcional. Ela tem um carcinoma basocelular na ponta do nariz e tá bem feio.”*

Médica Geriatra: *“ela acompanha na dermato, não é?”*

Residente: *“sim, e ela já fez 14 sessões de radioterapia, mas a lesão tava piorando e eles cancelaram as sessões para esperar cicatrizar a lesão, é uma lesão extensa e ulcerativa, mas ela não reclama de dor.”*

Médica Geriatra: *“e, além disso, ela tem o penfigoidebolhoso e incontinência urinária.”*

Residente: *“de medicação ela usa Prednisona 5mg em dias alternados, colecalciferol, prolopa e Omeprazol. A cuidadora disse que ela tem ficado mais*

durinha, dificultando os cuidados e foi orientado a ela administrar o prolopa longe das refeições, mas ela disse que fez isso e não obteve melhora. E no prontuário não tem diagnóstico de Parkinson fechado.”

Médica Geriatria: *“sim, ficou como um quadro secundário de parkinsonismo pelo quadro demencial, então talvez a medicação não responda mesmo. Na verdade foi uma tentativa para ver se melhoraria com essa medicação. A cuidadora disse se no início melhorou.”*

Residente: *“parece que não.”*

Médica Geriatria: *“Qual a dosagem?”*

Residente: *“ $\frac{1}{2}$ comprimido às 9h, $\frac{1}{4}$ às 13h e $\frac{1}{4}$ às 19h.”*

Médica Geriatria: *“é pouco.”*

Fisioterapeuta: *“posso perguntar uma coisa? Quando o paciente toma levodopa, e embora o quadro não melhor, mas também não piora, pode significar que o remédio tá agindo de alguma forma?”*

Médica Geriatria: *“pode sim, mas neste caso a paciente tá piorando. Acho que não irá melhorar mesmo, pois ela tem tremor, rigidez em flexão, mas não tem rodadenteada.”*

Fisioterapia: *“ela fazia fisioterapia 2x por semana, agora reduziu para 1x e tá muito difícil para a cuidadora fazer diariamente os exercícios e cuidar de todo o resto. Acho que diminuição da fisio pode ter piorado o quadro. Então ela falou com um sobrinho que ajuda financeiramente para fazer se conseguem fazer fiso 3x por semana. A cuidadora é muito boa e aparentemente a paciente tá muito bem cuidada.”*

Terapeuta Ocupacional: *“a fisio particular pediu para a Terapia Ocupacional fazer uma avaliação, pois a paciente tá com uma flexão importante de cotovelo, para vermos se há possibilidade de fazer alguma adaptação para ganhar um pouco de extensão. Ela pediu para tentarmos ir um dia que ela esteja lá.”*

Médica Geriatria: *“vocês sabem quanto tempo a fisio particular tem ido? Pois ela poderia nos informar sobre essa piora do quadro e vê se coincide com o que a família esta percebendo.”*

Fisioterapeuta: *“ela veio aqui hoje, e disse que se comprometeu em diminuir as sessões para 1x por semana desde que a cuidadora conseguisse manter a*

realização dos exercícios nos demais dias, mas isso não foi feito, pois a cuidadora não dá conta de tudo e por isso que tá piorando.”

Médica Geriatria: *“acho que a gente pode aumentar a dose do remédio, pois está muito baixa, vamos mexer na segunda dose de $\frac{1}{4}$ para $\frac{1}{2}$ comprimido e pedimos para a fisio particular observar de há alguma melhora e se não tiver resposta nenhuma a gente tira de uma vez.”*

Médica Geriatria: *“então depois foi a pct L – Nutri/Med./ e Fiso.”*

Residente: *“bom, a Dona L tem 86 anos, um hematoma subdural crônico há mais de cinco anos, diabetes, hipertensão, depressão e uma úlcera sacral já resolvida, tem glaucoma bilateral com déficit visual importante. Tava em uso de Metformina, hidroclorotiazida, Losartan e Omeprazol. Ela tinha usado prolopa até o início do ano, mas devido à intolerância gastrointestinal, o filho que cuida mais dela, disse que pela idade da mãe com 86 anos, ficar com essa medicação e ela vomitando várias vezes ao dia ele achou melhor não dar mais. E nos exames realizados em março verificamos mesmo algumas perdas talvez provenientes desses quadros de vômitos. A queixa atual do filho é o aumento de sono da mãe, a qual tem dormindo o dia todo e a noite também. Ele disse que esse quadro se instalou há três anos, mas que piorou neste ano. Nós achamos que é por falta de estímulo, pois o tempo todo que estivemos lá ela ficou bem atenta, talvez por falta de estímulo ela fique mais sonolenta. Ele mesmo falou que ela só interage com estímulo, mas acho que para ele ficar estimulando ela o dia todo é muito cansativo, pois é só ele lá.”*

Residente: *“além disso, ele notou um odor urinária há 1 mês, ele informou que ela fica o tempo todo de fralda pois não avisa quando vai urinar então não tem como deixá-la sem. Disse que ela tem boa aceitação alimentar e não teve mais vômitos depois da suspensão da levodopa. Tem hábito intestinal normal, sem agitação psicomotora e também não notou piora do tremor e rigidez com a suspensão da medicação. Nós encontramos lá o fisio particular e ele também disse que não houve piora e que está mantendo o quadro.”*

Fisioterapeuta: *“eu só tenho uma dúvida, pois na primeira vez que eu fui lá eu observei certa rigidez em tornozelos, e embora ela tenha um pouco de mobilidade ainda cada vez mais ficará com o pé em equino, será que não seria bom já pensarmos em uma ortese para prevenção disso?”*

Terapeuta Ocupacional: *“sim, podemos fazer uma respeitando a angulação existente. Vamos marcar para irmos juntas e discutir também com o fisio particular.”*

Fisioterapeuta: *“eu falei com ele e expliquei o que eu achava, ele disse que talvez fosse bom, talvez funcione, não foi muito enfático no seu posicionamento.”*

Residente: *“a outra queixa é que ela usa prótese dentaria e ela ta ficando mais tempo com comida na boca, ai ele da uns tapinhas nas costa para ver se ela engole a comida. Que ela engasga com o primeiro café do dia somente deve ser pela sonolência. A nutri orientou aumento da ingesta calórica com um suplemento sem açúcar.”*

Médica Geriatria: *“será que a gente não consegue marcar fono para ela.”*

Assistente Social: *“vamos tentar ver se conseguimos marcar, vou ligar para as fonos (são profissionais voluntários) e ver.”*

Residente: *“vamos pedir exame para verificar esse odor na urina.”*

Médica Geriatria: *“precisa verificar a periodicidade das trocas de fralda, pois antes ele tava demorando a trocar, estava com odor também, fizemos exame e não deu nada, era uma questão de higiene mesmo.”*

Médica Geriatria: *“Agora vamos para a pct M.”*

Fisioterapeuta: *“o pé dela tá bem feio”.*

Médica Geriatria: *“mas piorou?”*

Fisioterapeuta: *“não sei, pois foi a primeira vez que eu vi.”*

Residente: *“não, até melhorou, não tem mais secreção, no dia que fomos ia passar lá à tarde uma enfermeira da UBS para fazer o curativo e provavelmente ia suspender o uso do carvão, pois não tem mais secreção.”*

Fisioterapeuta: *“a enfermeira pediu para eu ir lá e ensinar a cuidadora fazer drenagem linfática, mas não dá devido à rigidez importante que a paciente tem, então orientei em modificar o posicionamento no leito a fim de facilitar a drenagem, pois com as feridas não dá nem para fazer o enfaixamento, o que na verdade é o que melhora mais do que as massagens, mas tem que esperar cicatrizar as úlceras primeiro. Nós entregamos também o encaminhamento para fazer o botox para diminuir a rigidez e facilitar a higiene, pelo menos nos adutores, assim facilita mais fazer a higiene.”*

Assistente Social: *“como ela irá até o Lar Escola?”*

Fisioterapeuta: *“ela não tem ficado sentada em casa, mas parece que tem uma pessoa que pode ajudar a levá-la.”*

Residente: *“a nutri orientou usar suplemento, pois esta com IMC no limite, mas parece que a paciente não gosta, acho que é o sabor?.”*

Fisioterapeuta: *“no prontuário do domicílio a nutri escreveu que a paciente tá desnutrida e a cuidadora quando leu ficou desesperada, mas eu expliquei a ela que existe um parâmetro e que o valor da mãe dela tá muito baixo e por isso precisa suplementar e aí ela ficou mais calma. Disse para ela seguir as orientações da nutri direitinho que o quadro se reverte mais rápido.”*

Médica Geriatria: *“até para as cicatrizações das feridas é mais rápido.”*

Assistente Social: *“eles ficam mesmo assim e que dá a impressão que eles não estão dando comida para o familiar.”*

Médica Geriatria: *“bom, agora então é o Sr. M.”*

Residente: *“Sr. o está com 89 anos, com síndrome demencial com alteração de comportamento, diabético, obeso, hipertenso, dislipidêmico, tem gota é caidor crônico, tem déficit visual e auditivo, constipação intestinal e osteopenia. Tá usando quetiapina, alondipino, enalapril, AAS, sinvastatina e Metformina, galantamina, carbonato de cálcio e colicalciferol e sertralina. A questão principal deste paciente é mais social e familiar, devido as perdas dele, principalmente pelo fato dele não estar mais dormindo no próprio quarto e estar no andar inferior dormindo na sala.”*

Fisioterapeuta: *“principalmente a questão da interdição, pois ele tem compreensão do que está acontecendo e disse que tiraram tudo o que ele tinha.”*

Residente: *“resumindo, ele não tem mais autonomia e ele tem a noção de que ele perdeu a autonomia dele. E assim, o conflito ali já existe de longa data não é uma coisa de hoje”.*

Geriatria: *“é muito difícil, há um conflito antigo entre pai e filha e ela não entende a doença.”*

Assistente Social: *“ela não entende e não aceita a doença, eu liguei para ela e disse que não estava conseguindo falar com eles, ela me respondeu que não conseguirei mais, foi bem ríspida, pois parece que ligaram na residência ameaçando de sequestro e o Sr. M atendeu e ficou conversando com os bandidos, ela ficou muito brava com isso e ninguém mais atende telefone, mas ela não aceita que o pai não fez isso de propósito e sim devido ao quadro demencial. Ela ficou muito brava com ele, e disse que já que ele ficou dando explicações ou bandidos porque já não deixou de vez que eles viessem e*

levassem tudo. Então estão todos proibidos de atender telefone. Só atendem quando ela está lá. Ela já entrou então com o processo de interdição?”

Fisioterapeuta: *“Eu acho que dele sim, pois ele falou que trabalhou tanto para construir a casa e me tiraram tudo.”*

Assistente Social: *“ela não deve ter feito nada ainda, deve estar ameaçando ele, é a forma como ela faz. Na realidade ela quer interditar não para ficar com a casa, mas para usar a aposentadoria dele para pagar uma instituição para ele.”*

Residente: *“é ele falou mesmo que querem mandá-lo para um asilo. Ele tem consciência.”*

Pesquisadora: *“então, ela quer interdita-lo pra isso então?”*

Assistente Social: *“não é porque ela não o agüenta e a mãe tá começando com quadro demencial também, ele é muito difícil de cuidar. Mas o mais difícil que tentamos trabalhar com ela, mas ela não entende é que ela quer que o Estado pague uma clínica para a mãe dela. Já disse que isso não existe, pois eu nunca vi o Estado pagar uma clínica para um idoso que tem casa, aposentadoria e dois filhos. Ela insiste nisso e a minha preocupação é que ela interdite o pai, coloque ele numa instituição e não consiga que o Estado pague para a mãe, e aí os dois ficarão separados, e isso será muito difícil para os dois. Eu li junto com ela o estatuto do idoso, já expliquei que eles não têm perfil para fazer com que o Estado pague, mas ela não aceita e responde com muita rispidez. Eu disse a ela que a rigor isso não existe, pois eles têm uma família.”*

Fisioterapeuta: *“ela tá seguindo a orientação da nutri de dar alimento pastoso, mas como isso não sacia tanto ele está comendo mais, e ela está com medo que ele ganhe peso. Disse que ele tá comendo 3x mais, e se ela não dá ele fica pedindo toda hora e que ele não tá engasgando.”*

Médica Geriatria: *“olha como cada hora ela fala uma coisa, primeiro disse para a nutri que ele engasga toda hora, agora dá mais trabalho dá comida e diz que ele parou de engasgar.”*

Terapeuta Ocupacional: *ela disse que ele não engasga, mas que antes ele não comia carne e cuspiu tudo no chão, aí falou com a nutri que pediu para liquidificar os alimentos, mas ela acha que não precisa ser toda a comida somente a carne.”*

Médica Geriatria: *“acho melhor então marcarmos fono para ele urgente e verificar tudo isso.”*

Residente: *“tem também a questão da incontinência urinária que ele não consegue ficar mais em pé, mas ele se recusa a usar fralda e então está usando um balde.”*

Assistente Social: *“a filha/cuidadora precisa se tratar também, ela está no limite dela.”*

Residente: *“o paciente mesmo falou que qualquer hora ela vai ter um treco.”*

Assistente Social: *“e ela disse que o irmão é assim, como ela. Mas olha o que ela fez, o irmão se separou da esposa, então ela o convidou para morar lá e ajudá-la com os pais, só que ele trabalha o dia todo e não dá conta também e ela não tem paciência e a situação fica daquele jeito. O ideal mesmo seria que eles fossem para uma instituição do que viver assim, mas ele é muito difícil e não aceita nada.”*

Fisioterapeuta: *“foi assim com o uso da bengala, eu orientei a forma correta de usar, mas ele não aceitava depois uso certo e falou para a filha que eu estava certa mesmo.”*

Médica Geriatria: *“e eles ainda ficam um período sozinho.”*

Assistente Social: *“sim, pois a filha não mora lá, vai de manhã faz comida e vai embora. Depois fica uma vizinha num período da tarde, mas ficam sozinhos sim. A idosa adora essa vizinha, pois conversa com ela, lêem revistas, tomam chá.”*

Terapeuta Ocupacional: *“a filha fez algumas adaptações, pois o Sr. M tem quebrado muito copo de vidro, pois não consegue segurar. A filha comprou vários modelos de canecas plásticas para o pai se adaptar, mas ele não aceita joga tudo no chão. Aí eu vi no armário uma caneca de acrílico e orientei que use essa que se assemelha muito ao vidro e diga para ele que é um tipo de vidro especial. Mas ela ficou alterada, disse que isso era mentir e que não iria fazer isso com o pai. Eu disse a ela que não concordava, pois uma vez que o paciente está em risco de se machucar era melhor fazer isso do que vê-lo todo cortado. Ela ficou com receio, mas eu acho que começou a entender um pouco.”*

Médica Geriatria: *“ela deve ter sofrido muito com esse pai, até a esposa tem medo dele, quando ele caiu e ela quis chamar o vizinho para levantá-lo ele não deixou e obrigou-a a pegar a tábua de carne para apoiar nas costas dele e levantá-lo. Ficou assim a tarde toda, tentando levantá-lo, ate que o vizinho passou e viu a situação e entrou e ajudou.”*

Assistente Social: “eu acho que não é que ela não gosta do pai, mas deve ter passado por várias situações difíceis com ele e agora não sabe como lidar com a doença, só que da forma que ela quer fazer para interditá-lo e institucionalizá-lo não dará certo, pois ela não vai conseguir instituição para a mãe.”

Terapeuta Ocupacional: “com relação à lupa, vou verificar um modelo maior para ele, pois a que a filha providenciou está muito ruim, e ele gosta muito de ler, mas não está conseguindo. Além disso, para chegar ao banheiro tem um degrau grande, mas ela já pediu para o marceneiro fazer uma rampa. Eu conversei com ela sobre algumas atividades que ele pode fazer para ter mais estímulos. Além disso, ela tá com muita dificuldade com o banho, pois ele não quer chegar nem perto do banheiro, e aí ele fica com mau cheiro e ela perde a paciência e acaba agredindo ele, dei algumas orientações e estratégias para driblar isso, mas ela não tem paciência. Orientei também a tirar objetos perfuro cortantes de perto dele.”

Fisioterapeuta: “eu não acredito que ela não fez isso ainda, outro dia ele pegou a faca para cortar a bengala, pois a prefere mais baixa. Na cozinha tem uma tesoura pendurada ao alcance de todos. Sabe, isso é uma questão de bom senso, eu já pedi para tirar.”

Assistente Social: “numa hora que ele esteja bravo, pode pegar esses objetos e machucar alguém, principalmente ela.”

Terapeuta Ocupacional: “com relação à altura do sofá, é muito baixa, ele não consegue levantar, e quando tenta pode cair, e ele não quer ajuda, e todas as poltronas são muito baixas, não tem como substituir por outra da casa. Terá que aumentar os pés e colocar uma almofada.”

Terapeuta Ocupacional: “tem o problema do banheiro, ela adaptou e ficou ótima para ele, mas para a esposa ficou muito alto impossibilitando o uso, assim ela tem que subir as escadas e usar o banheiro de cima. Agora se eu falar que essa adaptação está incorreta para a esposa e ela tem que refazer, do jeito que ela é ficará muito brava.”

Médica Geriatria: “mas quem orientou essa adaptação?”

Terapeuta Ocupacional: “ela fez por conta própria, mas para ele está ótima, mas para a esposa não tem condições e agora tirou o risco dele cair no banheiro, mas piorou o risco dela. Eu vou voltar lá novamente para avaliar mais e ver se há alguma coisa para fazer.”

Médica Geriatria: *“ok então, do Sr. M temos então que providenciar Fono e Oftalmo e rever a adaptação do banheiro.”*

Médica Geriatria: *“Vamos lá gente. Sr. S agora.”*

Fisioterapeuta: *“Eu fui lá, ele disse que tem diminui a dor e as bolhinhas tá melhorando. Eu queria também treiná-lo para descer as escadas de lado, pois ele desce de costas, mas como o pé ainda tá melhorando achei melhor esperar um pouco.”*

Geriatria: *“além do pé tinha mais alguma coisa?”*

Terapeuta Ocupacional: *“tinha sim a elevação da cadeira para deixar o pé elevado e sem meia.”*

Geriatria: *“e o nariz tá melhor? Tava com band-aid?”*

Fisioterapeuta: *“tava sem, e o machucado tava mais sequinho.”*

Geriatria: *“que bom, porque não sei aonde ele viu, mas comprou pomada de repolho e tava passando no nariz.”*

Terapeuta Ocupacional: *“No Lar Escola eles tão fazendo umas botinhas para pé diabético e como o Sr. S está com dificuldades em usar calçados poderíamos vê como ele pode fazer lá.”*

Assistente Social: *“vamos verificar no setor de geriatria de lá como isso pode ser feito, pois acho que até dá para levá-lo.”*

Residente: *“Agora é o Sr. AZ, têm 89 anos, baixo desempenho nos testes cognitivo, uma depressão em tratamento, síndrome da fragilidade, desnutrição, insuficiência cardíaca, diabetes, dislipidemia, constipação, insuficiência renal crônica e teve um AVC há 11 anos. Tá usando enalapril, complexo B, Ácido fólico e Dramin, sertralina, levotiroxina, artovastativa e dexametasona. Sem inapetência, e o paciente se queixou que a sua recuperação tá demorando muito para passar, para deixar de usar o andador e usar a bengala. Hábito intestinal a cada 2 dias, mas pode chegar a cada 5 dias às vezes, e ele falou sobre uma queixa recente de tremor de repouso em MMSS (membros inferiores) a esquerda há mais ou menos 1 mês, mas que não está atrapalhando.”*

Geriatria: *“a sertralina pode dar tremor, mas não somente de um lado, como é o caso dele, mesmo porque não deve fazer muito tempo que ele está usado, pois foi resistente no início. Mas a esposa disse que já observou melhoras no comportamento e ele está mais participativo, ajuda nas atividades.”*

Residente: *“ele não tem rigidez e nem roda denteado. Tem essa disúria, ele disse que já tem há meses, mas que às vezes arde um pouquinho e depois passa.”*

Geriatra: *“não é uma coisa constante então, e ele fez exames laboratoriais há pouco tempo e estava tudo bem.”*

Residente: *“Ele colheu novos exames essa semana para renovar o processo.”*

Geriatra: *“vamos aguardar até os resultados dos exames e observar, pois não teve nenhuma alteração de comportamento.”*

Terapeuta Ocupacional: *“Em relação ao Sr. Z, a idéia inicial com a atividade do baralho e que ele fizesse isso na sala, então se ele tá fazendo no quarto a gente precisa avaliar direito, pois a postura dele deve estar bem inadequada. Então quem for lá novamente, por favor, observar se ele tá fazendo somente no quarto e porque não faz mais na sala. O nosso objetivo é que com essa atividade ele saísse mais do quarto, além de verificarmos a postura, pois se ele joga baralho na cama a postura deve estar bem ruim.”*

Geriatra: *“ok então, vamos para a Dona J”.*

Residente: *“Dona J. tem 83 anos, tá com uma síndrome demencial com alteração de comportamento, renal crônica também com tratamento conservador, hipertensão, diabetes, retinopatia, osteoartrose de joelho, medo de quedas, FA crônica e um Neo de mama prévio de 2003. Ela está em uso de quetiapina, donepezil, sulfato ferroso, ácido fólico, complexo B, paracetamol, sertralina e ASS. A paciente refere que esta bem, que levanta, cozinha e costura (risos). Mas ela fica só na cama, tadinha.”*

Assistente Social: *“Ah, ela fala isso!!”*

Terapeuta Ocupacional: *“fala, fala que tá ótima!!”*

Fisioterapeuta: *“a cuidadora informou que ela passa a maior parte do tempo sentada.”*

Assistente Social: *“a esposa parou de bater no marido?”*

Residente: *“era ele que batia nela, ele parou.”*

Assistente Social: *“mas ele batia nela porque ela o irritava muito, o atormentava tanto que chegou um dia que ele bateu nela.”*

Fisioterapeuta: *“o problema é que ele esquece o que aconteceu, mas ela não e guarda toda a mágoa por ele ter batido nela e aí ela fica jogando objetos nele.”*

Residente: *“a cuidadora contou que tem dias que ela fica a noite toda acordada, falando sem parar e depois fica o dia todo dormindo, não é sempre, mas acontece. Ela fica referindo que vê bichos e pessoas, e tem medo de dormir, diz que ta ouvindo barulho na rua. A filha dorme no mesmo quarto com ele e diz que não tem barulho, isso são alucinações visuais e auditivas mesmos, mas a pct fica com medo e não dorme.”*

Geriatra: *“precisa ver o ambiente, se a noite fica tudo escuro.”*

Terapeuta Ocupacional: *“podemos pensar em higiene do sono, usar musica, por exemplo, para ajudar no sono.”*

Residente: *“mas a questão é que ela tem alteração de comportamento, são delírios do quadro demencial, acho que isto não irá ajudar.”*

Terapeuta Ocupacional: *“talvez ajude, pois podemos usar a musica para mudar o foco da paciente e ela gosta de musica. Uma música calma talvez os ajude a relaxar e dormir.”*

Residente: *“a cuidadora informou que não houve quedas, come bem, consistência normal, come sozinha, toma banho sozinho, sentado, usa fralda o tempo todo, não controla mais urina, tava com um pouco de assadura, mas a filha falou que já melhorou com pomada de oxido de zinco, às vezes tem um pouco de disuria e a filha falou que varia de acordo com a alimentação. A única queixa mesmo é essa agitação, melhorou, mas ainda tem um pouco. De qualquer forma a filha ta feliz com a melhora do pai, pois mesmo nessas noites de agitação da mãe ele não a agride mais, ela fica gritando e ele vira pro outro lado da cama de dorme.”*

Geriatra: *“ela ainda tem a dose do donepezil para aumentar, né.”*

Residente: *“Eu deixei o processo lá, ela vai dar entrada ainda já com dose nova de 10mg.”*

Geriatra: *“é, mas vamos esperar aumentar a dose do donepezil para ver como ela responde, antes de aumentar a quetiapina.”*

Residente: *“no exame físico tava tudo bem, PA de 110x70. Tem essa atrofia muscular importante de membros inferiores, a paciente mesmo fala “olha as minhas pernas”.*

Fisioterapeuta: *“a filha fala que eles não querem fazer os exercícios.”*

Assistente Social: *“não tinha uma fisio particular?”*

Fisioterapeuta: *“tinha, mas não tem mais.”*

Assistente Social: *“ah, é mesmo, tinha períodos que podiam pagar e outros não.”*

Fisioterapeuta: *“e o problema é que eles aceitam fazer só com profissionais, eles não fazem com a filha. Eu tentei estimular para saírem mais de casa, mas ele se queixa que o andador é ruim, é articulado, tem que fazer muita manobra porque a casa é muito estreita, então prefere ficar sentado o dia todo. Eu andei bastante com ele no corredor, insisti que ande pelo menos no corredor, pois a rua que eles moram é praticamente impossível é muito íngreme, é difícil até para gente estacionar.”*

Terapeuta Ocupacional: *“e ela tem ficado sentada o dia todo?”*

Fisioterapeuta: *“sim.”*

Terapeuta Ocupacional: *“onde ela fica sentada?”*

Fisioterapeuta: *“fica numa cadeira de banho com uma almofada.”*

Terapeuta Ocupacional: *“e os apoios de pé, precisa ver se esta adequada.”*

Residente: *“ela reclama muito também, pois são casados e dorme em cama separada, ela não tá entendendo isso.”*

Assistente Social: *“e que separou os dois depois que começaram a se bater.”*

Fisioterapeuta: *“ela começou a falar que já sofreu tanto, que a mãe morreu, ela tinha 10 anos, criou todos os irmãos e apanhava muito dos pais.”*

Assistente Social: *“coitada, ela só apanha, apanhava do pai e apanha do marido.”*

Geriatra: *“não dá pra mudar do andador para a bengala.”*

Fisioterapeuta: *“ainda não dá, ele precisa de mais apoio, ele faz bem com o andador, mas tem um pouco de preguiça porque o andador dá mais trabalho.”*

Residente: *“referente à Dona J, a filha perguntou se vai ficar mantendo o Sulfato ferroso dela?”*

Assistente Social: *“Deve ser porque é carro.”*

Residente: *“mas ela pega no posto. È porque no último exame o HB dela já deu acima de 13 e ela usa desde fevereiro.”*

Geriatra: *“pode suspender então.”*

Médica Geriatra: *“JP agora.”*

Fisioterapeuta: *“ah, JP, bem que a enfermeira falou que tá difícil, continua emagrecendo, a cuidadora não consegue cuidar, tá querendo fazer uma úlcera, tá vermelhinho já o calcâneo.”*

Residente: *“JP tá com 89 anos, tem ICC, artrose de joelho, dislipidemia, renal crônico com tratamento conservador, anemia crônica, marcapasso definitivo desde 2009, depressão e interrogado um quadro demencial, veio progredindo com dificuldade de deambulação, mas após a internação de julho ficou totalmente acamado. Atualmente a esposa fala que ele tá usando, óleo mineral, AAS, furosemida, codeína, metropolol, Omeprazol, ácido fólico e Omeprazol. Ela conta que ele tá sempre muito quieto, pouco responsivo, e que às vezes ele tem uns momentos de agressividade, mais por confusão, às vezes fica duas noites acordado, falando a noite toda e depois dorme o dia todo. Isso foi depois da alta. Permanece com ingesta alimentar baixa, uso de fraldas e tem alguns períodos que não reconhece a esposa, sem alterações urinárias, hábito intestinal a cada três dias. No exame estava bem sonolento, emagrecido, PA 110x50, e muito dor à manipulação dos membros inferiores.”*

Fisioterapeuta: *“na visita eu perguntei para ela se esta conseguindo mobilizá-lo, ela disse que não, pois além de ser muito cansativo ele não deixa, ele não colabora com ela.”*

Geriatra: *“tá usando colchão de caixa de ovo?”*

Fisioterapeuta: *“sim, e a gente até orientou usar umas almofadas para fazer posicionamento para prevenção de úlcera.”*

Geriatra: *“tava dando suplemento?”*

Residente: *“a gente levou pra ela. Nós passamos a codeína para 15mg mas dividimos de 4h/4h sem a dose da madrugada e associamos a dipirona para ver se melhora para ela poder fazer os cuidados, porque tadinha ela é muito velhinha também para fazer tudo sozinha.”*

Fisioterapeuta: *“mas tem uma noticia boa, tá indo uma senhora para ajudar que chega lá às 10hs da manhã e fica até as 14hs e ajuda no banho.”*

Residente: *“ajustamos também a dose do Enalapril para a metade, pois a PA tá muito baixa.”*

Geriatra: *“estou preocupada com esse óleo mineral dele, pois está ficando deitado e pode aspirar.”*

Residente: *“ela perguntou se podia dar junto com a comida.”*

Geriatra: *“ah, pode dar sim, é melhor assim não corre o risco de aspirar. A nutri tinha ido lá para orientar, ela ta seguindo as orientações?”*

Residente: *“Tá, o problema é a aceitação dele é muito pequena, é difícil.”*

Geriatra: *“a gente colheu exame dele para ver se não tem CA.”*

Residente: *“dele foi colhido em Setembro, depois da internação, mas tá tudo bem. Ela parou de dar mirtazapina, devido ao custo, mas ela disse que se for fundamental ela podia tentar comprar.”*

Assistente Social: *“vamos tentar ver se não há esse medicamento nas doações, assim ajudamos um pouco.”*

Geriatra: *“vamos deixar ¼ de mirtazapina para ver se melhora a aceitação alimentar, pois entrar com sonda é pior, pois para ela administrar será difícil e mais o custo da dieta. Vamos insistir com o suplemento.”*

Assistente Social: *“Eu conversei com a moça que encaminhou ela pra nos. Ela disse que os filhos têm condições de ajudar, mas não ajudam em nada. Ela até queria fazer uma denúncia no ministério publico, mas eu disse que primeiro é melhor fazer uma reunião com eles. Podíamos agendar para a semana que vem e aguardamos para ver se eles vêem.”*

Geriatra: *“se tivermos ajuda financeira dos filhos terá mais alternativas para tentar reverter o quadro, pois se entrarmos com a sonda a gente não vai conseguir reverter esse quadro.”*

Residente: *“A gente até anotou aqui para discutir a suspensão de furosemida, ela tava hidratado.”*

Geriatra: *“ele tá paradinho também, acho melhor suspender e vamos marcar com urgência para falar com a família.”*

Assistente Social: *“vou marcar com eles sem a presença da mãe se não ela vai querer amenizar a situação e ela já esta muito velhinha, eles tem que assumir.”*

Geriatra pergunta a Assistente Social: “você lembra a situação econômica deles?”

Terapeuta Ocupacional: *“eu acho que a renda é bem restrita, pois solicitamos adequação na CR e não foi possível.”*

Assistente Social: *“a renda deles é bem restrita, mas dependendo para o que for talvez eles consigam.”*

Geriatra: *“bom, vamos deixar prescrito o Carvedilol e verificar se eles podem comprar.”*

Médica Geriatra: *“vamos para a Dona T então”*

Residente: *“Dona T tem 81 anos, com Alzheimer, amaurose bilateral, glaucoma e catarata. Com dependência funcional total, ulcera de pressão grau II maleolar, que já tava melhorando e risco de quedas. Ela usa quetiapina e trazodona, só usa essas duas medicações. A filha disse que não tem queixas, que a mãe é bem tranquila, colaborativa, só às vezes no final da tarde fica um pouco agitada, não tem agressividade, sono preservado, durante o dia cochila, às vezes canta durante o dia.”*

Geriatra: *“então com ela tá tudo bem, vamos para o próximo caso, Dona J.”*

Residente: *“tá com 93 anos, com demência vascular, depressão, tem dependência funcional, hipertensão, uma AVC prévio à direita, déficit auditivo e visual. Estava a filha e eles estavam preparando a mudança para outra casa que não tem escada.”*

Terapeuta Ocupacional: *“ela ficou de ligar para falar quando mudar”*

Assistente Social: *“vai ser ótima essa nova casa sem escadas.”*

Residente: *“ela esta em uso de carbonato de cálcio, vitamina D e sertralina. A paciente deambula com muita dificuldade com apoio bilateral, precisa de ajuda para o banho e para comer, mas ela ainda consegue referir quando quer ir ao banheiro, consegue se comunicar, bem pouco e ela colabora nas atividades, repete as palavras. O que a cuidadora se queixou foi de uma tosse que a mãe tem há seis meses, mas piorou a duas semanas, com sudorese noturna. Como já sabemos dessa tosse, perguntamos várias vezes e ela disse que estava bem, depois quando perguntamos dela ela disse que também estava com tosse e que*

tinha piorado e que a mãe também piorou. Ou seja, a cuidadora é muito prolixa e confusa.”

Assistente Social: *“agora aquela casa é muito insalubre, não bate sol, é muito úmido, deve ter muito acaro e fungo. Agora com a casa nova talvez melhor.”*

Residente: *“ela disse que a mãe melhorou dos engasgos depois que tirou o óleo mineral. A outra residente passou chá de sene, mas ela não ta dando com medo de diarreia.”*

Geriatra: *“mas a paciente ta evacuando?”*

Residente: *“a cada cinco dias, mas disse que na nova casa irá dar o chá de sene, pois o banheiro será mais perto e no caso de diarreia ficara mais fácil.”*

Geriatra: *“precisa ver se essa sudorese não deve ser excesso de roupa e coberta.”*

Residente: *“Do restante ela está bem, é mais essa tosse mesmo que temos que fechar um diagnóstico e agendar consulta com a nutricionista.”*

Geriatra: *“a filha terá retorno logo no ambulatório de cuidadores?”*

Assistente Social: *“Só final do mês. Nesta sexta tem reunião com os demais irmãos, pois ela tem se queixado muito de cansaço, pois cuida sozinha, então chamei os outros irmãos para ver isso, posso na sexta ver se dá para antecipar a consulta para investigar essa tosse.”*

Geriatra: *“seria mais fácil fazer o diagnóstico na filha, pois tirar a dona J de casa para fazer RX será muito difícil.”*

Médica Geriatra: *“vamos para o caso novo então”*

Assistente Social: *“a paciente chama-se Dona C tem 81 anos, é viúva, evangélica, mora com uma cuidadora formal, tem uma filha que arca com as despesas e tem duas netas. Ela informou que adaptaram o térreo, é dependente para tudo e tem uma escoliose severa. A filha não mora junto, mas é bem presente, quando a cuidadora tem folga a filha dorme lá.”*

Residente: *“o que a gente conseguiu entender da história foi que a filha nos disse que desde quando ela era adolescente a mãe reclamava de dor lombar que irradiava para algum dos membros inferiores, mas ela não se lembra qual, foi acompanhada por um ortopedista que diagnosticou escoliose progressiva, e partir daí foi progredindo com dificuldade de deambular, passou a usar bengala e*

depois andador e a cerca de quatro anos não deambula mais e fica a maior parte do tempo sentada numa cadeira de escritório. Ela conta também que a mãe foi sempre muito esquecida, mas conseguia se organizar e aproximadamente 10 anos começou a piorar com alteração do julgamento. A cerca de seis meses piorou começou a ficar confusa não reconhecer os familiares, não tem alterações de comportamento. Às vezes fica um pouco agitada à noite querendo levantar da cama. De antecedentes ela tem uma hipertensão á 30 anos, um AVC em 2007, vem tendo infecções pulmonares de repetição em Março, Maio e Agosto, foi tratado com Levo sem ir ao médico, foi à filha que deu. A filha diz que tem baixa aceitação alimentar, a pct não pede comida, não consegue fazer óculos novos, não sabe se a mãe enxerga bem, uso aparelho auditivo à esquerda.”

Assistente Social: “ela contactua?”

Residente: “no dia da visita ela tava bem sonolenta, pois tinha dado diazepam na noite anterior devido a ela ter agitado, mas a filha disse que ela contactua bem pouco. Ela é totalmente dependente, precisa de ajuda para tudo, tem que dar comida na boca. Ela tem dificuldade de mastigar alimentos duros como carne e tem tido bastantes episódios de engasgos com sólidos e líquidos. Tem dentição natural, tremor de repouso em MMSS direito. Aparentemente não tem queixas cardiorrespiratórias, usa fralda direto, pois não controla urina e a filha queixou-se de dificuldade de segurar objetos com a mão direita, pois não consegue fechar a mão totalmente, pois é o lado da sequela do AVC. De exame físico PA de 100X70, uma frequência cardíaca de 70, hiperqueratose na nádega, déficit auditivo, edema de membros inferiores mais a esquerda e cianose quando o pé fica muito para baixo, com insuficiência venosa e uma deformidade de coluna bem importante com uma escoliose e cifose, com atrofia difusa.”

Assistente Social: “mas parece que faz tempo que ela não vai a medico.”

Residente: “ela tinha um convenio, mas perdeu.”

Geriatra: “ela só acompanhava com ortopedista?”

Residente: “com um geriatra também.”

Geriatra: “mas o ortopedista não fechou isso, pela escoliose não justifica esse quadro demencial, não tinha compressão.”

Residente: “é no relatório só tá escrito somente sobre a escoliose progressiva severa. A filha refere muito à escoliose, mas a quadro cognitivo deve ter contribuído muito para esta situação, mas acabou sendo despercebido, pois a

filha não tinha noção que poderia ser um quadro de demência, para ela tudo era da escoliose, tanto que a paciente nunca usou anticolinesterase.”

Geriatra: *“Acho que nestes 10 anos ficou tudo pela escoliose.”*

Residente: *“a gente perguntou tudo, sobre os esquecimentos, a filha acha que era normal da idade e atribui ela ter parado de andar pela escoliose. De medicação então ela faz uso de hidroclorotiazida, omeprazol, ranitidina, lisador, lactulose, Rivotril. Ela evacua todos os dias. Não aplicamos nenhum teste cognitivo, porque a paciente não tem condições de responder, estava muito sonolenta, vamos ver se na próxima visita ela esta mais atenta para aplicarmos.”*

Geriatra: *“esse Rivotril já usa faz tempo?”*

Residente: *“já faz tempo e a gente orientou tentar suspender e orientar a cuidadora a estimular mais a idosa a andar, mesmo dentro de casa. E a gente deixou donarem ½ comprimido se necessário. Tiramos a ranitidina e deixamos só o omeprazol.”*

Geriatra: *“então vamos programar os exames dela.”*

Residente: *“nós estávamos esperando a discussão do caso para ver se será inclusa no programa para pedir que a filha providencie o cartão azul, pois ela não tem e aí pedirmos os exames.”*

Assistente Social: *“ok então pode fazer o pedido e pedir para ela vir buscar e providenciar o cartão.”*

Geriatra: *“e aí temos que começar toda a programação, precisa marcar avaliação da fono e enfermagem e fisio.”*

Residente: *“a filha mostrou muita angústia de não ter a quem recorrer e ficou mais tranquila, de poder fazer parte do programa.”*

Assistente Social: *“Por favor, como vai ter rodízio de residentes, passe para os próximos o que ficou resolvido na reunião com os casos, principalmente o novo.*

Desta forma a equipe encerra a reunião.

Transcrição Reunião Multiprofissional PADI - Arquivo 51019

Nesta reunião não houve a participação do serviço social, pois estavam numa atividade fora do serviço. A reunião começou com o aluno de residência médica em geriatria sobre um paciente que estava com infecção.

Residente: *“vamos começar então com o Sr. L, pois no exame dele cresceu pseudomonas Multi S, primeiro a gente tinha tratado com bactrin até sair o resultado da urina só que aí saiu o resultado e eles tinham Levo em casa então pedimos para eles darem o Levo, mas eu não sei se não vale à pena entrar com Cipro, pois pseudomona é resistente até a Norfloxacino.”*

Geriatra: *“ele tinha o que de queixa?”*

Residente: *“ele tinha hematúria e urina concentrada, aí a cuidadora hidratou melhor ele, e nós colhemos o exame depois e trocou a sonda.”*

Enfermagem: *“porque ela diminui de dar água pra ele, eu não me lembro porque, mas ela tinha um motivo, eu orientei que voltasse com a ingestão hídrica normal e disse para ela não fazer mais isso. Depois que ela começou a dar água clareou a urina, mas o cheiro tá muito ruim, muito forte mesmo.”*

Geriatra: *“Começou quando o antibiótico?”*

Residente: *“ontem, com o Levo”*

Geriatra: *“acho que a gente pode observar três dias, conversar com ela e se não melhorar mudamos para Cipro.”*

Residente: *“a gente voltou o baclofeno, pois ela tinha parado, mas a rigidez piorou, então voltamos para duas vezes ao dia.”*

Geriatra: *“ele trocou a traqueia?”*

Enfermeira: *“sim trocou, mas o balão tava muito, eu arrumei e expliquei como deve ficar e proteger o banho para o lóculo não ter acesso, pois não dá para ficar trocando toda hora. E eu achei que ele tá bem e ela tá mais tranquila.”*

Residente: *“sim ela tá mais tranquila e receptiva depois da consulta no ambulatório de cuidadores.”*

Fisioterapeuta: *“ela falou que depois da troca da traqueia diminui bem a secreção, melhorou bem.”*

Geriatra: *“então o Sr. J agora.”*

Residente: *“estava deitado com alguns travesseiros com dificuldades de deglutir devido ao posicionamento, com bastante dor no membro que fez cirurgia, o membro esquerdo com rotação externa e o direito com rotação interna, estava mal posicionado, e ela super revoltada em posicioná-lo porque ele ia arrancar tudo. A terapeuta ocupacional tinha pedido para ela comprar uma cunha (tipo de almofada específica para posicionamento de tronco), mas ela não tinha tido condições ainda, então eu organizei com ela um travesseiro e um cobertor para posicioná-lo melhor. Nisso a terapeuta ocupacional chegou e colocamos o travesseiro e o cobertor em baixo da cabeceira, até que conseguirmos deixar o membro bem posicionado, mas com bastante dor. Eu já tinha orientado alternar dipirona com paracetamol, mas não tinha melhorado. Na outra visita já fomos com a fisio e o membro já apresentava encurtamento e só de olhar pra perna dele ele já reclamava muito de dor. Ela ligou durante a semana dizendo que ele tava agitando muito à noite, eu fui lá e levei tramal.”*

Geriatra: *“ele passou no ortopedista?”*

Residente: *“sim e já foi liberado para mobilizar e fazer fisio, mas no dia em que voltamos lá, já não tava posicionado do jeito que ensinamos e o membro já tava encurtado, a cabeceira tava melhor e ele tava comendo melhor, mas está muito emagrecido.”*

Geriatra: *“precisa marcar nutri então.”*

Residente: *“pra dor eu passei o tramal intercalando com paracetamol, desde a primeira dose ela disse que ele ficou muito sonolento, mas ontem quando a fisio foi pelo menos conseguiu mobilizá-lo.”*

Fisioterapeuta: *“no primeiro dia ele apagou e não acordava de jeito nenhum, agora ele tá começando a comer, mas ta tudo bem lento, demora para deglutir, cai no sono.”*

Residente: *“eu estou em dúvida, diminui o tramal para a metade, mas não sei se este quadro pode ser uma infecção, pois como ele tava com dificuldade para deglutir pode ter aspirado, será que ele não bronco aspirou. Minha dúvida é: será que é realmente o Tramal ou ele tá fazendo uma infecção? Ou é alguma coisa da cirurgia da perna?”*

Geriatra: *“ele tá com dor na perna ainda?”*

Fisioterapeuta: *“ontem eu mobilizei um pouco, porque ele já tá com um pouco de contratura, ao estender mais a perna, consegui fazer rotação, mas ele não se queixou de dor em nenhum dos membros.”*

Geriatra: *“mas ele já tá com encurtamento, em tão pouco tempo!”*

Fisioterapeuta: *“o problema é que elas não conseguem reposicionar de forma adequada quando ele sai da posição.”*

Enfermeira: *“quando eram os cuidados básicos tudo bem, agora que exige mais ela não conseguem fazer, ela não tem condição de fazer.”*

Fisioterapeuta: *“mas ela é um pouco teimosa também, o dia que ele tava com muito dor eu coloquei gelo e orientei para que ela fizesse isso, depois no outro dia eu perguntei, mas ela disse que tinha esquecido.”*

Terapeuta Ocupacional: *“a gente já orientou várias vezes, já ensinou, mas elas não fazem, a gente conseguiu fazer, elas falam que com elas ele grita muito e com a gente não.”*

Residente: *“uma das hipóteses é que a prótese tenha se deslocado.”*

Geriatra: *“ele foi ao ortopedista e não estava com essa dor e nem com encurtamento.”*

Residente: *“eu liguei para ela na hora do almoço para diminuir o tramal para a metade, ela me disse que esta noite ele agitou muito e acordou ela mais de 10 vezes.”*

Geriatra: *“ele ta fazendo um Delirium que pode ser do medicamento.”*

Residente: *“mas ele já tava assim antes de começar o tramal.”*

Geriatra: *“a gente vai ter que interná-lo. Vai ter que radiografar aquela perna.”*

Enfermeira: *“a gente consegue internar aqui?.”*

Geriatra: *“não tem muito que fazer em casa, tem que radiografar a perna para ver se é uma infecção ou se a prótese deslocou. Elas podem ligar no SAMU e pedir para levar no hospital que operou e falar que tá com muita dor.”*

Enfermeira: *“isso é muito complicado, pois no hospital que ele operou vão ver só a perna e não o restante, vamos tentar internar aqui assim conseguimos acompanhar de perto.”*

Geriatra: *“então vamos continuar, agora é a D. A.”*

Terapeuta Ocupacional: *“fui fazer avaliação da D. A, ela está com os joelhos fletidos já com deformidade fazendo uma dorxiflexão, eu pensei em uma órtese de posicionamento, só para fazer dos dois membros vai ficar muito caro para fazer sob medida, ficará inviável para eles, pois custa em média 280,00 cada uma, então pesquisei aquelas que já vêm prontas e o valor é bem menor, mas mesmo assim teremos que adaptar para ajustar a ela para melhorar o conforto, podemos usar uma esponja ou EVA.”*

Geriatra: *“a situação financeira lá não é tão ruim.”*

Terapeuta Ocupacional: *“sim, mas a órtese é só para posicionamento e não deixar deformar mais, pois a paciente não anda mais, então ter este gasto para isso, acho muito caro. Para esse objetivo dá para usar a outra e a gente faz os ajustes.”*

Enfermeira: *“quanto fica uma pronta?”*

Terapeuta Ocupacional: *“em média R\$80,00 cada.”*

Enfermeira: *“mas e a adaptação fica boa?”*

Terapeuta Ocupacional: *“nós ganhamos algumas espumas, dá para fazer os ajustes e fica bem posicionado. Já para os membros superiores dá para fazer uma órtese usando revista e EVA, faz um rolo firme de revista, reveste de EVA e dá para manter o membro em extensão e cola dois velcro. Não dá para usar o dia todo, mas dá corrigir a postura e prevenir encurtamento e rigidez.”*

Enfermeira: *“e a cuidadora que tá lá?”*

Terapeuta Ocupacional: *“tá fazendo as orientações, colocando o rolinho de posicionamento.”*

Enfermeira: *“tá com alguma ferida, vocês viram? Ela tinha uma na sacral.”*

Fisioterapeuta: *“A gente não viu, mas a cuidadora disse que tá melhorando, tava um pouquinho vermelho o tornozelo e orientamos para não abri ferida.”*

Enfermeira: *“Ela tá engasgando para comer? A consistência da comida dela é pastosa?”*

Geriatra: *“Já faz tempo que a comida dela é pastosa.”*

Fisioterapeuta: *“Ela tava com tosse e secreção, foi passado antibiótico e melhorou, fez inalação.”*

Terapeuta Ocupacional: *“orientei a fazer estimulação da percepção corporal, pedir para que ela ajude em atividades como o banho. A cuidadora disse que isso ela consegue fazer, pois responde a comandos simples. Então foi isso.”*

Geriatra: *“então agora é o Sr. AR, foi médico e fisio. “*

Residente: *“chegamos lá tivemos um problema com a esposa de relacionamento, ela não segue bem as orientações, não dá as medicações, não sei se pelo custo, pois ela é muito agressiva verbalmente com o paciente na nossa presença. Nós pedimos para ela hidratar mais a pele dele, ela pegou a mão dele e disse que ele pode passar, ele começou a chorar e ela começou a dizer a ele gritando – “Você tem casa, comida é bem cuidado, o que mais você quer da vida, me fala”. Nós observamos bastante labilidade emocional nele.”*

Enfermeira: *“não dá para fazer uma reunião com a filha e o filho, sem a esposa?”*

Residente: *“mas parece que a filha é igual à mãe.”*

Enfermagem: *“mas a esposa fez umas colocações para as residentes que nunca tinha feito para ninguém. Parece que ela tem raiva dele.”*

Residente: *“ela contou sobre a vida social que eles tinham antes do AVC, e que estavam programando viajar para Portugal visitar os parentes quando ele adoeceu a impressão que dá e que ela o culpa por ter ficado doente e não poderem sair mais. Eles fizeram várias viagens e agora não fazem mais.”*

Residente: *“nós conversamos bastante com ela sobre essa situação, ela chorou bastante e não está aguentando mais.”*

Enfermeira: *“ela não tem ajuda dos filhos, acho que devemos fazer uma reunião com eles.”*

Residente: *“nós a encaminhamos novamente para o ambulatório de cuidadores, ela disse para marcarmos a consulta que dessa vez ele vem, pois já foi encaminhada várias vezes e nunca veio. E ela disse que se é pelo SUS e não precisa pagar, porque que ela não iria. No final ela pediu desculpa pela forma bruta de falar com ele e com todos.”*

Enfermeira: *“ela tá com o estresse do cuidador.”*

Residente: *“foi muito difícil, enquanto o paciente chorava, ela dizia a ele que ele estava fazendo um show só porque estávamos lá. Ela foi muito desrespeitosa conosco. Eu disse a ela que para que respeitasse a equipe, pois estávamos lá para ajudar.”*

Geriatra: *“ela é muito arrogante com a gente.”*

Residente: *“eu disse a ela que só estava fazendo perguntas para saber o que já tinha sido tentado, para talvez sugerir outra intervenção, e que ela não precisa responder com grosseria.”*

Enfermeira: *“associado ao estresse do cuidador ela tem uma personalidade forte, que ela mesma reconhece. Agora não sei o quanto aquela filha irá entender o que será falado. Pois ela precisa de um cuidador formal para ajudá-la, terá que ser alguém que aguente a personalidade dela, mas se acharmos alguém assim será ótimo, pois ela precisa de um sossego. Eu até já sugeri para os filhos se revisarem aos finais de semana para ela poder sair um pouco.”*

Residente: *“eu até pensei em mudar o antidepressivo para um mais barato, assim poderia melhorar a adesão, então falei da sertralina ela deu um grito comigo e disse: nem pense nisso. Eu respondi, olha com a senhora fala comigo, só estou pensando em outras possibilidades, por favor, me respeite.”*

Enfermeira: *“mas porque ela reagiu assim?”*

Residente: *“parece que já usou sertralina outras vezes e deu efeito colateral, mas não precisava falar assim. Parece que usou uma vez só, e ele ficou agitado, não dá nem para saber se foi da sertralina, mas para ela foi.”*

Geriatra: *“então ela pediu para vocês marcarem no ambulatório de cuidadores para ela.”*

Residentes: *“sim.”*

Geriatra: *“então vamos fazer assim, vamos aguardar para ver se ela vem no ambulatório, caso não venha marcamos a reunião com os filhos.”*

Geriatra: *“agora é a Dona Y.”*

Residente: *“na Y nós mantivemos a medicação e falamos um pouco de cuidados paliativos, pois a filha queria entender um pouco mais, aí falamos até aonde devemos intervir.”*

Geriatra: *“ela tem um pouco de dificuldade de aceitar isso.”*

Residente: *“ela fez várias perguntas sobre a alimentação, quis saber até quando irá manter a sonda, quando é que tira. Além disso, ela já tá um pouco deprimida, pois fez cirurgia de mama e a prótese deu problema, ela tá com auto-estima baixa, tá bem feio, deu infecção, tá com vergonha, sem vontade de fazer outra. A única coisa que precisou fazer para a paciente foi trocar a sonda dela porque o balão tava furado. Será que não dá para arrumar um boton para colocar na gastro dela.”*

Enfermeira: *“mas ela já tem e se precisar dá pra fazer um boton com a própria sonda.”*

Residente: *“ensina pra gente então como faz.”*

Enfermeira: *“sim, vamos marcar outra visita na casa dela eu faço e vocês aprendem.”*

Geriatra: *“Dona A então”*

Terapeuta Ocupacional: *“a filha pediu bastante para eu falar com vocês sobre uns hematomas.”*

Geriatra: *“que hematomas são esses.”*

Enfermagem: *“quando eu fui ela tava com um bem feio na mão, eu orientei que lavassem com sabão neutro e secassem bem e passasse somente soro. Eu falei que ia demorar para fechar devido a idade mas que melhoraria com o tempo.”*

Geriatra: *“será que ela tá batendo a mão?”*

Terapeuta Ocupacional: *“a filha disse que não é batida, embora eu tenha simulado um movimento da mão que causaria esse ferimento e mostrei a ela, mas como há outros pelo corpo ela não aceitou muito ser por batida.”*

Enfermagem: *“pode ser a forma de segurar à paciente para realizar os cuidados, a pele tá muito sensível.”*

Residente: *“ela tá em uso de AAS que pode causar esses hematomas, acho que devemos rever o uso do AAS, pois ela tá em paliativos.”*

Geriatra: *“ela é paliativo mais ainda conversa.”*

Terapeuta Ocupacional: *“mas tem ficado muito sonolenta, tem conversado bem pouco.”*

Geriatra: *“mas vamos verificar se tá ficando com muito hematoma vamos rever o AAS então.”*

Enfermagem: *“mas será que não tá com infecção na urina, devido a esse aumento de sonolência?”*

Geriatra: *“pode ser, mas já faz tempo que ela ta sonolenta.”*

Enfermagem: *“e o prazer dela é comer e tá engordando, a filha disse que se deixar uma dúzia de bananas na frente dela ela come tudo. Além disso, ela só ficava na cozinha, aí pedimos para não deixá-la muito lá, pois estimula mais ainda a vontade de comer. Antes ela comia seis pães de queijo no café da manhã, e se não desce ela ficava gritando, agora que não fica mais na cozinha ela não grita mais.”*

Terapeuta Ocupacional: *“o que eu orientei foi para aumentar o repertório ocupacional dela com atividades de autocuidado, pois ela era muito vaidosa. Então falei com a cuidadora para ver um horário do dia para estimular mais a vaidade dela com cuidados com a unha, ela adorava passar esmalte, cuidar do cabelo, maquiagem, passar creme no rosto, pois ela tem muito orgulho em mostrar as fotos antigas em que ela estava bem arrumada. Além disso, dei orientação para adequação postural numa cadeira de banho que ela usa como cadeira de rodas. Como ela tem rotação externa do quadril e escoliose ela fica muito inadequada na cadeira, então eu usei uns rolinhos feitos de travesseiro e mostrei para eles como deixá-la bem posicionada e colocar uma mesa que ela tem o que propicia realizar mais atividades.”*

Geriatra: *“ok, então agora é a Dona L.”*

Terapeuta Ocupacional: *“ela usa órtese no membro superior direito e já esta orientada quanto ao uso, já o membro superior esquerdo fica fletido por um tempo e necessita de adaptação, pois ainda não tá com contratura, mas se continuar ela vai acabar desenvolvendo. Com estímulo da filha ela estica a mão, mas caso contrário fica fletida, então eu pensei em fazer uma adaptação só com velcro para não ficar com contratura futuramente.”*

Residente: *“na nossa visita a queixa era a agressividade na hora da mobilização, ela fica muito brava e bate.”*

Terapeuta Ocupacional: *“eu acho que vai muito do jeito de falar com ela, pois comigo foi muito bem.”*

Residente: *“acho que depende do dia e do humor dela.”*

Fisioterapeuta: *“ela tinha fisio particular, por um bom tempo, mas agora tá sem, pois não tava aceitando mais.”*

Terapeuta Ocupacional: *“ela tem agora uma cuidadora que ajuda a filha três vezes por semana, mas a cuidadora me disse que dá até vergonha de ficar lá, pois ganha e não faz nada, pois a paciente não deixa que ela ajude.”*

Enfermagem: *“é que a Dona L tem todo um jeitinho para falar com ela, se não ela não aceita mesmo. Depende muito do jeito que vc aborda ela.”*

Terapeuta Ocupacional: *“então ela gosta de música, será que não daria para associar a musica a exercícios físicos.”*

Residente: *“ela tava ouvindo música de manhã e tava dando sono, então conversamos com ela o que ela preferia, então orientamos que assista TV de manhã e música à tarde assim não dará sono de manhã. A única coisa é que a filha disse que o quadro de apatia piorou e a gente pensou em aumentar o antidepressivo e a gente tinha amostra e deixamos com ela, além disso, ela disse que as dores pioraram devido às contraturas e deixamos baclofeno e analgésico de precisar e orientou para continuar os exercícios e a filha falou que vai chamar a fisio de volta.”*

Geriatra: *“é uma família muito difícil já tentamos varias coisas para melhorar o quadro depressivo da paciente, mas as filhas todas são deprimidas e não aceitam muitas intervenções.”*

Geriatra: *“Ok então vamos para o próximo caso. Dona L agora.”*

Residente: *“A dona L é aquela paciente que tem Parkinson e tava interrogada síndrome demencial. Nós reaplicamos o Mini Exame do Estado Mental, e ela não foi tão ruim assim, conseguiu evocar todas as palavras, eu acho que é só alteração do Parkinson mesmo e ela tava desorientada porque a filha não diz a ela em que dia esta, o que ta acontecendo.”*

Fisioterapeuta: *“mas eu acho que ela não enxerga bem.”*

Residente: *“ela enxerga sim, ela tava surda, depois que eu tirei a rolha de cera ela disse: agora eu to ouvindo.”*

Enfermagem: *“quanto deu o exame dela?”*

Residente: *“deu 19 pontos, dois anos de escolaridade, e ela realiza as atividades básicas dentro de casa, com lentidão, mas faz. E a filha não queixou de perda de memória, então orientamos que ela converse mais com a mãe diga em que dia*

está o que está acontecendo para ela ficar mais orientada e mais estimulada. É uma família muito boa, e eu tenho duvidas desse diagnóstico de demência acho que temos que investigar mais.”

Geriatra: *“vamos pedir para a terapia ocupacional fazer uma avaliação mais específica da cognição.”*

Residente: *“a única coisa foi que ela queixou de náusea e intolerância depois do prolopa e aí a gente acabou associando a domperidona.”*

Geriatra: *“ela se queixou que toda a dose dava isso? Pois podemos associar com as refeições, isso diminui bem a intolerância.”*

Residente: *“não foi em todas as doses não, mas coincidia que quando ela passava mal era após a medicação, tanto que ela nem tá tomando todas as doses por causa disso. Mas ela tá com tremor, rigidez e bradicinesia bem importante, principalmente em membro superior esquerdo e ausência de reflexo postural, e ela tem bem lentificada. Outra coisa que precisa é de avaliação do dentista, pois a prótese superior ta solta. E fica só então essa questão cognitiva para investigar melhor.”*

Geriatra: *“então agora é o Sr. J.”*

Residente: *“do Sr. J o que a gente queria ver e a possibilidade de uma avaliação da fonoaudiólogo, pois a cuidadora do dia consegue dar comida via oral para ele sem dificuldades e a da noite dá pela gastro. A gente não observou dificuldades nele de engolir, somente usam a gastro à noite por comodismo, pois é mais fácil.”*

Geriatra: *ok então vamos agendar fono e rever a questão da gastro.*

Após o término da discussão dos casos a reunião foi encerrada.

Transcrição Reunião Multiprofissional PADI – arquivo 21005

A médica geriatra inicia a reunião com a discussão dos casos atendidos na semana. “Primeiro caso Pct M” (enfermagem pede para iniciar)

Enfermeira: *“então deixa falar primeiro, porque é o caso mais complicado... A Dona M. pediu muito para eu escrever uma carta para o Luciano Huck arrumar uma casa para ela”.*

Assistente Social: *“Luciano Huck não dá casa... ele reforma.”*

Enfermeira: *“eu vou ao programa do GUGU pedir uma casa para ela.”*

Terapeuta Ocupacional: *“AH, você quer uma casa nova, não adianta uma reforma.”*

Fisioterapeuta: *“lá não adianta só uma reforma.”*

Assistente Social: *“primeiro as pessoas (demais profissionais da equipe que não conhecem o caso), precisam conhecer o caso.”*

Enfermeira: *“então é assim... Eu fui à M. para fazer coleta de sangue e ela está com alguns diagnósticos importantes: ela tá com aquela dor crônica, com a nutrição alterada... Menor que a necessidade dela... A mobilidade dela tá totalmente prejudicada, ela tá começando a apresentar sinais de síndrome do imobilismo, perfusão periférica diminuída, integridade cutânea- mucosa alterada, ela tá com o autocuidado totalmente dependente e eu estou sentindo que a lida está com a síndrome do cuidador... é o seguinte... a M, tá assim, por isso que eu gostaria que terapia ocupacional fosse lá. Nós conseguimos colocar ela numa cama hospitalar onde o serralheiro cortou os pés (da cama), porque era numa altura muito alta para a cuidadora cuidar. Só que a fisioterapeuta foi lá e pediu para elevar a altura das pernas, só que o que eleva é a cabeceira, você vai lá e vai ver como está, a cama fica de costas para a televisão e ela eleva a cabeceira para ela dar de comer... também tem que elevar os pés e a rodinha quebrou do outro lado.”*

Fisioterapeuta: *“e ela não estende o joelho. “*

Enfermeira: *“eh, ela não estende o joelho de jeito nenhum... Então eu tava pensando em tirar a mesa de trás, deixar a cabeceira onde ela está empurrar a cama para a parede e quando ela for comer beber e etc sentar ela com uma almofada, colchão e deixar aquela parte de baixo que ela levanta para a perna...”*

porque a leda pensou em consertar o pé, ou colocar um taco de madeira, mas tudo isso tem custo... e o que não tem custo e colocar a rodinha de novo e encostar a cama. E aí ela tem que ver aonde vai colocar aquela bagunça da mesa dela para que os membros fiquem elevados, né. Como ela está se movimentando menos, aquela úlcera sacral abriu... Mas não tá feia e não tá fétida, tá com tecido de granulação, então eu pedi para a leda por gase com dersani (creme) para proteger, porque não tem necessidade de colocar o carvão lá... Mas na região glútea, nas nádegas, ela tem uma ulcerazinha que está grau II, e o problema lá é que está molhando de urina."

Geriatra: "de novo!!"

Enfermeira: "então eu pensei assim... pra não piorar a situação dela, a gente sonda ela de novo pra dar o tempo de cuidar entendeu, porque tá ficando ruim. E os pés dela ela tem úlceras graus II e III. No pé direito ela tem uma que está com o tecido desvitalizado, e eu fiquei de ligar para ela hoje, porque eu não consegui a papaína, no hospital só tem papaína a 6% e 10% e lá não tem necessidade de uma assim, pode ser de 3% pois não tem tecido necrótico só desvitalizado mesmo. As outras estão com tecido de granulação e a enfermeira que estava indo lá tava pondo carvão... mas ela tava pondo o carvão para aproveitar as outras propriedades do carvão que tem o alginata e hidrocolóide, porque não era mais necessário o uso do carvão, porque a gente fechou aquela úlcera sacral só com carvão porque aproveitamos as outras propriedades do carvão, então eu a orientei a colocar o carvão. O problema é que ela tá com esses outros profissionais visitando ela."

Assistente Social: "não tá mais... pois foi o que vocês trouxeram de notícia."

Enfermeira: "não, não. Tá sim, só que eles falaram para ela assim, inicialmente..."

Assistente Social: "não, você não foi à visita com as médicas."

Enfermeira: "sim, fui eu e a residente."

Assistente Social: "Então, a residente trouxe outra história para nós... que a gente até já tentou resolver que a enfermagem não vai mais."

Enfermeira: "não calma, espera aí, deixar eu falar, não é assim."

Assistente Social: "Então, alguém tá louco aqui."

Enfermeira: *“o pessoal da enfermagem falou para ela, que eles escolhessem, ou a gente ou eles.”*

Assistente Social: *“porque não pode os dois serviços.”*

Enfermeira: *“isso, porque não pode os dois serviços. Só que eles parecem que tem condições de dar material de curativo, entendeu, e a gente tem menos condições que isso... e as visitas deles são mais frequentes do que a nossa.”*

Aluna do serviço social: *“mas é só a enfermagem.”*

Enfermeira: *“não, é medico também, só que não é um geriatra, é um clinico geral.”*

Aluna do serviço social: *“pois é, mas eu não tenho boas noticias, e não vai funcionar.”*

Enfermeira: *“então eu combinei com a cuidadora da pct para conversar com eles e dizer que a nossa visita não é muito frequente e se poderíamos trabalhar em conjunto, mas eu sei que isso é difícil, por não poder usar dois serviços.”*

Assistente Social: *“então vamos ver o que a aluna do serviço social falou com eles.”*

Aluna do serviço social: *“então eu falei com essa enfermeira ela disse que a questão não é da paciente estar sendo atendida pelo PADI, mas que de qualquer forma, ela (paciente), não tá na área de abrangência deste PSF que é uma Unidade básica de saúde também que tem um PSF que não está na área dela, mas estavam indo porque entendem a necessidade dela. Mas acontece que essa enfermeira ia com o carro dela, e agora ela vai sair de férias, não sabe se volta pra lá e vai ficar apenas uma pessoa e só vai atender gente da área de abrangência.”*

Assistente Social: *“então ela não vai deixar de ser atendida porque tava no PADI.”*

Aluna: *“não, e por problemas deles.”*

Enfermeira: *“então, tem algum PSF que ela esteja na área de abrangência?”*

Assistente Social: *“Não, o PSF não pega todas as áreas de São Paulo, ela tá num vaco do PSF.”*

Geriatra: *“será que eles não fornecem só o material.”*

Aluna do serviço social: *“sim, falou que daria o material, ela pode continuar pegando o material, mas eles não têm como ir até lá.”*

Enfermeira: *“então, mas o problema é só o material, a cuidadora é que é confusinha... Porque é assim, eu to sentido que a paciente tá ficando irritada, uma pela dor né e outra a cuidadora tá cansada fala as coisas na frente dela e a M fala “não é isso”, eu nunca vi a M brava e a cuidadora, fala “ calma, não precisa ficar brava. Ela pede muita coisa para a cuidadora, e esta às vezes tem que sair para vender Avon e nem isso ela tá conseguindo porque a M não deixa, ela fica solicitando todo o momento. Então eu falei para a cuidadora pedir para uma prima que ta afastada do trabalho ir lá uma vez por semana e ficar lá um pouquinho para ela. Ela respondeu que não adianta porque a prima tá com depressão. Então eu insisti... Mas será que não é bom para sua prima também, conversa com ela. Ela respondeu... “ ah, não adianta, não adianta. ”” E assim a condição de grana dela diminui tanto que a M reclama. E ela reclama de dor mesmo.”*

Residente: *“Tá aqui pra discutir analgesia: a prescrição tá Paracetamol 60 gotas de seis em seis horas intercalando com dipirona 40 gotas de seis em seis horas e codeína 30mg alternado com 15mg também.”*

Assistente Social: *“nossa quanta Medicação.”*

Geriatra: *“de quanto em quanto tá a codeína?”*

Residente: *“de seis em seis horas, intercalando com a dipirona e paracetamol.”*

Geriatra: *“nossa!!”*

Residente: *“depois tem Paroxetina 30, Losartan 50mg e Carbamazepina 200g. E a dor é na úlcera né.”*

Enfermeira: *“não é só na úlcera não.”*

Residente: *“a outra residente falou que era na úlcera.”*

Enfermeira: *“é na úlcera também, mas é aquela dor que ela tem nos quadris e nas pernas, aquela dor antiga. Agora tem as úlceras também, entendeu, e tem a sacral também. Mas quando ela não tinha as úlceras ela tinha aquela dor crônica dela.”*

Residente: *“a outra residente reintroduziu o baclofeno, porque a cuidadora notou que sem o baclofeno piorou a rigidez, então tá com baclofeno de oito em oito horas. Além disso, ela não conseguiu levar no Lar Escola (centro de reabilitação), porque tá esperando ter dinheiro para levar a mãe de taxi.”*

Enfermeira: *“a gente orientou que não precisa levar a mãe agora, ela vai sozinha, marca e depois no dia da consulta leva a mãe.”*

Residente: *“se ela ficar esperando ter dinheiro ela não vai nunca. O que a Dra. F tem feito para os pacientes do consultório dela que tem dor crônica é introduzir duas unidades de vitamina D ao dia, ela disse que tem visto melhora. A gente podia fazer um teste ou a gente aumenta a Carbamazepina, ou aumenta o Tilex ou troca por morfina... Morfina pega no Glicério, a gente faz um relatório com CID de dor crônica e ela consegue pegar.”*

Enfermeira pergunta para a residente atual: “A outra residente falou de uma tosse que a cuidadora comentou que ela tem e a gente viu lá?”

Residente: *“Não ela não falou.”*

Enfermeira: *“Então a gente viu a cuidadora dando um comprimido com água, e ela não deu da forma correta e a paciente começou a sibilar, sibilou mesmo!! Aí ela auscultou e o pulmão tava limpo, mas ela sibilou mesmo. Então eu disse para a cuidadora não da mais nada para ela nessa posição – ela respondeu: mas eu dou tudo sentada. Na nossa frente ela tá sempre na posição sentada, mas de qualquer forma ela teve falta de ar e sibilou... então eu não sei se ela tá aspirando.”*

Geriatra: *“então, mas para ela fazer isso vai ter que elevar a cabeceira da cama.”*

Enfermeira: *“então ela tem um colchão de água lá que a gente podia tirar, ele tá cheio pela metade e eu até pensei em dobrá-lo ao meio e colocar na cabeceira.”*

Terapeuta Ocupacional: *“mas não pode fazer isso para a perna?”*

Enfermeira: *“Pode, mas é por isso que eu pedi para vc ir lá, pra gente estudar isso. E eu até ia pedir para quando eu for na M. de segunda para tirar sangue, colocar só mais um paciente porque elas nos solicitam a gente demais, e até virar ela, depois eu ajudo a colocar a fralda, então a gente fica um bom tempo lá e aí não deu pra ir em todos os pacientes agendados no dia.”*

Enfermeira: *“então da M, o que a gente vai fazer é isso, falar para a cuidadora pegar os curativos na Unidade Básica, verificar se ela já marcou no LESF, a TO fazer as adaptações e passar a sonda que não vai ser fácil, vou precisar de duas pessoas para segurar as pernas e passar bem rápido, pois ela tá muito rígida.”*

Enfermeira pergunta pra a geriatra responsável: *vamos marcar para passar a sonda nela?– e tem que passar, não tem jeito.” Mas não fala nada para ela ainda,*

até eu arrumar tudo, se não a cuidadora fica ansiosa e pergunta toda hora. E depois que se põem a sonda ela stressa, fica ligando toda a hora, dizendo que ta vazando, ta não sei o que!!”

Assistente Social: *“então você tem que conversar bastante com ela antes da sonda.”*

Enfermeira: *“ela não pode mexer muito com a mãe com sonda, acho que faz tanto tempo que aquela mulher não toma um banho, e olha que ela até é limpinha.”*

Residente: *“vai aumentar a codeína para 30mg de quatro em quatro horas e reavaliar.”*

Médica Geriatria: *“vamos lá então, a próxima é a M.M.”*

Enfermeira: *“então eu fui lá colher a urina dela, tá tudo normal, tudo direitinho, tá falando, comunicando, interagindo, voltou tudo o que era antes, da dormindo, ta comendo, a única coisa é que ele tá dando a comida mais pastosa porque ela engasga. E ele (cuidador) organizou os horários para que ele e o companheiro cuidem dela sem precisar da irmã de jeito nenhum, porque ela tem muita vontade, é um verdadeiro desastre.”*

Residente: *“vamos agendar uma visita médica então para ver a questão da disfagia.”*

Médica Geriatria: *“próxima paciente Dona E.”*

Enfermeira: *“eu mandei duas cuidadoras para lá.”*

Assistente Social: *“uma delas ligou aqui para saber mais informações da paciente e eu orientei que ligasse primeiro pro sobrinho da paciente, para acertar e depois falasse como o Sr. P (marido e cuidador da Pct).”*

Aluna do serviço social: “eu dei uma primeira lista com cinco cuidadoras, ele ligou para todas e disse-me que não tinha dado certo, agora com essa última que ligou e falou que tinha acertado tudo eu achei que já estava tudo certo e ele não deu mais satisfação.”

Assistente Social: *“então liga para ele e diz que a equipe foi lá e estamos preocupados, pois vimos à dificuldade do Senhor P em cuidar da Dona E.”*

Residente: *“Fizemos o encaminhamento novamente para o Lar Escola para ver a questão do braço (braço com lesão pós AVE, com indicação para aplicação de*

Botox), ela nunca vai, já foram feitos vários encaminhamento e ele diz que nunca ouviu falar disso.”

Geriatra: *“eu fiz um encaminhamento o ano passado e pedi para o sobrinho vir buscar, mas o Sr. P disse que não ia levar a esposa no LESF.”*

Residente: *“eu vi que tava orientando alguma coisa para ele fazer com ela e aí a paciente gostou da dica mas disse que ele não faz.”*

Terapeuta Ocupacional: *“eu já orientei diversas vezes como cuidar da mão dela, mas ele não faz.”*

Assistente Social: *“quando eu falo com ele, ele me diz que ela tá tão bem, que ele cuida tão direitinho.”*

Terapeuta Ocupacional: *“é mais ele não faz da última vez a mão dela tava toda ferida.”*

Enfermeira: *“ele disse que cuida, mas eu disse para ele que do jeito que estava não parecia que ele tava cuidando direito.”*

Residente: *“Ela (paciente), disse que pede pra ir ao banheiro e ele não leva, ela tá dedurando tudo o que ele não faz. Ela diz que a comida dele é horrível.”*

Geriatra: *“ela precisa de melhores cuidados.”*

Enfermeira: *“ele não tem condições de fazer as coisas, de ser cuidador.”*

Geriatra: *“então vamos falar da Z agora, foi TO e Fisio.”*

Fisioterapeuta: *“então, a Z tá super bem. Eu fui para verificar a questão do botox, se ele tinha ido e conseguido. Ela disse que foi, levou o encaminhamento, mas tá na lista de espera, pois disse que demora.”*

Terapeuta Ocupacional: *“ela tava angustiada, pois já faz um mês que foi lá, no Lar Escola, mas eu disse pra ela que não é rápido assim não, demora no mínimo uns três meses para conseguir o Botox. Eu fui lá para fazer avaliação ambiental e passei algumas orientações de alongamento para os MMSS e melhorar o posicionamento no uso da órtese e descansar o outro braço, pois ela acaba sobrecarregando o outro lado e fica com muita dor e muito cansaço também, pois eu pedi para ela andar um pouco na sala e antes de chegar à outra ponta ela teve de parar e descansar para conseguir chegar até o final.”*

Fisioterapeuta: *“tirando isso, ela tá bem. Fazendo os exercícios que eu passei para ela direitinho, tá bem adaptada à órtese. Mas nunca se queixou de cansaço.”*

Terapeuta Ocupacional: *“depois que eu observei isso, eu perguntei a ela se tem sentido cansaço sempre e ela disse que sim, que para ir ao banheiro ela tem sempre que parar e descansar para conseguir chegar.”*

Geriatra: *“Nossa!!”*

Terapeuta Ocupacional: *“em relação adaptação ambiental no banheiro eu pedi para tirar os panos que ficam pendurados na barra, pois numa hora que precise segurar na barra com os panos será difícil e isso poderá propiciar uma queda. Ela ta tomando banho com cadeira de banho e está tudo ok. No corredor precisava de antiderrapante, a filha, pois, mas a paciente disse que tem bastante medo de cair ainda. Como o antiderrapante é transparente e já esta muito gasto, eu pedi para ela trocar por um colorido, assim a Dona Z vendo melhor pode ser que fique mais segura. Agora em relação ao degrau que tem para sair da casa é muito alto. Eu sugeri uma rampa, ela disse que a casa é alugada e não podem mexer muito. Mas como ela já pediu para por as barras e aquele degrau é perigoso para qualquer pessoa, orientei que tente falar com o proprietário novamente.”*

Enfermeira: *“mas tem espaço lá para transformar o degrau em rampa.”*

Terapeuta Ocupacional: *“tem sim, e ela conta muito com a ajuda dos filhos, foi um deles que colocou as barras e pode conseguir a rampa para ela. Então é isso. Ah não tem mais uma coisa sim, e que é muito importante e ela frisou muito no final do atendimento. O remédio que foi passado para ela, é muito caro, custa R\$: 150,00, ela não tem condições de pagar. No total ela já gasta R\$: 200,00 por mês de remédio, com este ficam R\$: 350,00, e é só um comprimido, ela falou que não dá.”*

Assistente Social: *“qual é?”*

Terapeuta Ocupacional: *“Alendronato de sódio de 150g, uso contínuo. Ela disse que não tá tomando, não tem condições de comprar e perguntou se não tem algum similar.”*

Residente: *“mas Alendronato pega no posto.”*

Terapeuta Ocupacional: *“ela disse que nem sabe por que foi passado, qual o motivo, por que precisa tomar?”*

Geriatra: *“é porque ela tem muito refluxo.”*

Residente: *“mas dá pra pegar no posto.”*

Geriatra: *“vamos deixar o Aloxifeno mesmo.”*

Residente: *“o duro é que tem que fazer o processo, Quem é ela?”*

Geriatra: *“Dona Z”.*

Residente: *“vou colocar na minha listinha de pendências então.”*

Terapeuta Ocupacional: *“então vc faz o processo que quando eu voltar lá eu levo.”*

Geriatra: *“eu pedi para o residente perguntar primeiro se ela teria condições de comprar.”*

Terapeuta Ocupacional: *“então resolvam o que vcs farão porque ela pediu para eu ligar e dar um retorno, ela está muito preocupada com este remédio.”*

Fisioterapia: *“ela tem muito medo Tb do “diabetes”, ele sempre me pergunta como estão os exames e se pode comer um docinho após o almoço e jantar.”*

Enfermeira: *“ela não tem como medir a glicemia em casa?”*

Fisioterapia: *“mas eu acho que ela nem e diabética.”*

Enfermeira: *“ela não é diabética?”*

Geriatra: *“eu não me lembro, tem que ver no prontuário.”*

Fisioterapeuta: *“mas eu acho que ela não tem não, eu senti que é mais medo.”*

Geriatra: *“eh, ela tem umas manias assim.”*

Fisioterapeuta: *“ela é tão certinha” (risos).*

Geriatra: *“Bom vamos para o próximo; é a Dona C”*

Fisioterapeuta: *“eu marquei a D. C assim de repente, porque conversei com a Nutri que me passou que ela estava com as pernas muita inchada e fazendo uso de uma faixa que parecia estar comprimindo. Mas eu verifiquei ela tá fazendo uso correto da faixa, é só no membro inferior direito. E tá bem melhor do que no ano passado, ela faz a massagem, a drenagem e depois enfaixa corretamente dos dedos até o joelho. Aí eu orientei também drenar a região da coxa para não acumular liquido.”*

Residente: *“mas, hoje, quando eu a vi não achei a coxa edemaciada, tava 1+.”*

Fisioterapeuta: *“mas também é bom para prevenir. Além disso, ela refere muita dor nas costas e braços, ela tem ficado mais parada nos dias frios e eu orientei*

realizar mais exercícios com os braços, até para ter mais gasto calórico, pois ela tá um pouco gordinha e quando estiver calor sair para caminhar, fazer esse esforço.”

Residente: *“ela tá usando Losartan 50mg sem hidroclorotiazida, ela diz que foi suspenso, mas eu não vi isso canetado aqui. Sertralina 50, Omeprazol 40mg duas vezes, Rivotril, dipirona se dor, mas ela sempre ter dor e a Marli (cuidadora) só dá quando ela realmente queixa de muita dor, tem a bromoprida, e a macrodantina que da outra vez ela um episódio de ITU (infecção urinária de repetição) e disuria, ela foi ao pronto socorro e disse que o médico não colheu urina e passou a macrodantina e ela tá usando 15 dias para 10 dias, e assim vai. Mas está sem sintomas, sem queixas urinárias, eu não sei se tem benefício em manter a macrodantina, esse ano ela teve dois episódios. Não tem nenhuma queixa a não ser essa dor na coluna e não tem deambulado pela dor e pelo frio. O que eu reorientei foi reintroduzir a dipirona de horário, expliquei para a cuidadora, o porquê da Medicação, pois assim ela consegue ter mais mobilidade sem dor. Eu queria discutir essa manutenção da macrodantina e também ver a questão de que ela não faz reposição de cálcio e vitamina D. Ela não tem histórico de quedas há dois anos, mas ela tem risco.”*

Geriatra: *“o que será que aconteceu, ela nunca quis usar”*

Residente: *“não, ela disse que não usava. Além disso, a cuidadora tá tendo insônia, tá com estresse do cuidador, disse que no domingo vieram vários familiares para almoçar, mas ninguém ajuda, ela tá muito cansada e tendo insônia. Então eu orientei a ela mudar o horário do antidepressivo para a noite para ver se consegue dormir.”*

Assistente Social: *“mas ela passa no ambulatório de cuidadores.”*

Residente: *“mas ela passará só em Dezembro, é muito tempo. Falei para ela que se não houver melhoras, até ela voltar no ambulatório de cuidadores para ela conversar com alguém da equipe. Agora a Dona C. é uma graça, fez uns tricôs.”*

Geriatra: *“mas ela é assim com a gente, com a cuidadora ela é bem difícil, ela não é todo esse docinho que ela é com a gente não.”*

Assistente Social: *“A cuidadora não é filha dela, é nora, ela é sogra da cuidadora.”*

Geriatra: *“Bom vamos falar da próxima paciente. A Dona Z.”*

Terapeuta Ocupacional: *“fui fazer a avaliação dos Membros Superiores, realizei movimentação passiva e verifiquei que ela não faz extensão completa do braço não o suficiente para a adaptação que tínhamos pensado em fazer, e eu perguntei para a cuidadora e ela me disse que foi sempre assim mesmo. Precisamos de mais amplitude para o que tínhamos planejado, além disso, é com muita dor que ela faz o movimento. Nós tínhamos pensado em fazer uma órtese para extensão do braço utilizando material de baixo custo, como revista, encapada com EVA e velcro, mas no grau que ela está não dá para fazer... elas me pediram para dizer outra coisa... a pct tá com uma crosta na língua, preta, a cuidadora tentou lavar e ficou verde agora. E ela não consegue colocar muito a língua para fora para higienizar.”*

Assistente Social: *“agenda então o dentista para ela.”*

Geriatra: *“Mas ela ta conseguindo limpar a pct, fazer a higiene da língua também.”*

Terapeuta Ocupacional: *“ela disse que sim, mas que de repente apareceu essa crosta escura, ela pensou em ligar para o dentista, mas quis falar com a equipe primeiro.”*

Geriatra: *“agora é a Dona M”*

Residente: *“a D. M teve uma internação há duas semanas por uma anemia, infecção urinária, pneumonia e ICC interrogada. Teve alta, mas permanece a queixa de dispnéia aos mínimos esforços, o médico deu alta com Carvedilol de 12h em 12h, Anlodipino de 5mg e tinha trocado a Metformina por Glibenclamida e sendo que antes da internação já tinha feito algumas hipoglicemias.”*

Geriatra: *“Ela foi para o S né. Ela tomou antibiótico.”*

Residente: *“foi sim, mas não lembra qual antibiótico foi. Ela tá com uma lesão hiperemiada, ulcerativa, pegando o terço anterior do membro inferior esquerdo. Não tem calor, mas eu acho que tem um foco infeccioso subclínico que não ta melhorando.”*

Geriatra: *“mas essa lesão é por úlcera de pressão?”*

Residente: *“Não, é por fragilidade cutânea mesmo. A gente devia ter fotografado, pois isso ocorreu na mobilização da paciente durante a hospitalização, pois não é só no membro inferior, tem no braço também tem hiperemia, não tá melhorando, não ta fechando as feridas, já tem duas semanas de alta. Além disso, a outra coisa que ela tem são as alterações da demência, que fica perguntando da filha*

que já morreu e diz que só vai almoçar quando a filha chegar e a cuidadora fica muito ansiosa com isso. Ela tá precisando também da revisão da prótese auditiva e dentária. A prótese auditiva foi conseguida aqui no hospital, e eu não sei como funciona para fazer isso.”

Assistente Social: *“quando a pessoa ganha a prótese, o hospital dá um programa com as manutenções a cada seis meses. Ela deve ter perdido, vou ver ligar para ela e passar o telefone do setor da audio.”*

Enfermeira: *“em relação à prótese dentária, a cuidadora me disse que o dentista do Padi cansou de ir lá e fazer vários ajustes na prótese dela e nunca ficava bom.”*

Residente: *“bom de conduta a gente encaminhou a cuidadora para o ambulatório de cuidadores, pois ela está com estresse do cuidador, eu deixei também 10 dias de furosemida 3x ao dia, para ver se melhora essa dispnéia e esse edema de membro, a agente suspendeu o Anlodipino, pois a piora do edema foi após a alta hospitalar e deixamos enalapril 2,5 e vamos tateando até acertar a dose. Reintroduzi a Metformina e suspendemos o daonil e deixamos cefalexina (antibiótico) por 10 dias e orientamos que ela passe dersani na lesão e tire a gase.”*

Terapeuta Ocupacional: *“ela tá com diminuição de força, quando ela teve alta não tava nem deambulando, agora consegue andar com andador, mas fica bem casada, mas ela quer voltar a andar, precisa marcar fisio para ela. Ela conseguiu uma cadeira de banho com a vizinha e tá conseguindo participar dessa atividade e ficou bem adaptado. A cadeira de rodas é alugada, mas já será devolvida, pois ela esta deambulando com andador, em relação à cognição orientamos colocar um relógio e calendário no quarto, e em relação às alterações de comportamento a cuidadora disse que na maior parte do tempo é tranquilo só teve uma noite que ela quis levantar para almoçar. Ela tava usando uma sandália havaiana e quase caiu, eu orientei a usar um calçado fechado. Em relação ao tapete da sala, embora seja antiderrapante e esteja preso no sofá, continua sendo um risco uma vez que ela está deambulando com andador, mas como era a minha primeira visita, não falei para tirá-lo, pois já tinha passado muitas orientações e mudar o ambiente de uma pessoa totalmente é muito difícil.”*

Residente: *“ela tem 99 anos, é uma graça, a prótese auditiva não é antiga, aparentemente parece nova, acho que é só manutenção mesmo, pois no dia que fomos lá, nós mexemos no aparelho e ela conseguiu ouvir e depois colocamos os óculos ela ficou muito feliz, mas o silicone do aparelho tá descolando, precisa ajusta, pois isso dificulta a ela ouvir.”*

Assistente Social: *“precisamos pedir a ela na próxima visita tudo que ela tiver de documento lá da prótese para descobrirmos em que lugar ela fez, assim orientamos para fazer a manutenção.”*

Residente: *“vamos ter que voltar lá para ver a evolução das feridas e já fazemos isso também.”*

Geriatra: *“Vamos falar da Dona N”*

Fisioterapeuta: *“Quem me recebeu foi a cuidadora que está lá só há duas semanas, eu perguntei do cartão azul, mas ela não sabia de nada.”*

Assistente Social: *“então ela não fez o cartão azul ainda”*

Fisioterapeuta: *“provavelmente, mas a cuidadora disse que não sabia.”*

Assistente Social: *“na outra semana quando fomos lá, ela tinha mudado para o andar superior e foi levado somente o sofá, não foi levado nada das adaptações. Toda vez que a gente vai à pressão tá alta, mas a filha fala que ta sempre baixa e que aumenta quando estamos lá, depois disse que era o aparelho dela, então medimos com o do PADI e com o dela e a diferença foi mínima e continuava muito alta, na verdade ela tem muita resistência em dar remédio para a mãe. A filha é muito estranha, eu reforcei tudo que precisava ser feito, mas ela tem resposta para tudo, disse que perdeu o cartão na mudança, já fizemos um pedido novo, mas ela ainda não tomou providência, embora tenha dito que queria fazer outro cartão.”*

Enfermeira: *“eu a acho muito desleixada com o programa. Viaja e não nos avisa. Agora ela não tem um bom relacionamento com a mãe, pela expressão facial da Dona N, mas a paciente não fala então fica muito difícil de saber exatamente o que acontece.”*

Aluna do serviço social: *“sim ela parece ser, mas ela dá aula, não e tão presente, quem tem ficado mais com a mãe é o irmão que antes também não ficava muito. Eu acho assim, ela é mesmo muito contraditória primeiro dizia que ficava sem cuidador porque a mãe não aceitava, agora tem dois cuidadores na casa. Quando a médica disse que a pct estava muito deprimida, ela não concordou e disse que só se ela tinha ficado deprimida naquela hora, pois de manha estava alegreinha. A Médica ficou muito brava e deu bronca na filha, pois ninguém fica deprimido assim e ela precisa de remédio para depressão. Então assim, a filha é mesmo muito difícil, eu já fui lá muitas vezes e ela nunca aceita o que falamos e nas últimas visitas ela não tem estado presente. A gente cruza com ela na rua, parece que ela foge das visitas e das orientações.”*

Assistente Social: *“Vocês acham melhor chamá-la aqui para conversarmos?”*

Aluna do Serviço Social: *“Então eu já a chamei varias vezes, e quando conversamos ela fica indignada e diz: - mas se era só isso, era só falar. – Tá bem difícil de lidar com ela.”*

Assistente Social: *“então vamos fazer assim, vamos cobrar o cartão do hospital e dizer que sem ele, ela não pode permanecer no programa e sua vaga será cancelada. Caso ela providencie o cartão e continue faremos uma reunião para falar das outras questões também.”*

Geriatra: *“então vamos para o próximo caso. Sr. L.”*

Terapeuta Ocupacional informa a Enfermeira: *“na sexta feira fui lá e ela (cuidadora), me pediu para lhe dizer que quebrou um fiozinho que liga a cânula ao balonete.”*

Enfermeira: *“quebrou ou o loro (papagaio), foi lá quebrar.”*

Terapeuta Ocupacional: *“eu não sei lhe dizer; não perguntei os detalhes, mas ela disse que desinsuflou e ela tava preocupada sem saber o que fazer.”*

Enfermeira: *“mas já tava desinsuflado.”*

Terapeuta Ocupacional: *“sim, mas ela disse que tinha arrumado com micropore, mas agora parece que não dá.”*

Enfermeira: *“então o cuf tá rachado, ela tentou arrumar com micropore, mas isso não resolve o problema. O que acontece é que quando não damos a atenção que ele quer, ela arruma coisas para chamar atenção.”*

Assistente Social: *“Enfim, conta o final da história.”*

Terapeuta Ocupacional: *“tentei ligar para vc na sexta e não consegui, então liguei para a geriatra, para saber o que fazer e ela me disse para orientá-la a chamar o SAMU e ir ao Hospital, pois ficar nessa situação era perigoso, mas ela (cuidadora), queria esperar a próxima segunda feira para fazer isso dizendo que você (enfermeira), tinha prometido a ela uma ambulância para levá-lo ao hospital para resolver isso.”*

Enfermeira: *“de forma alguma, jamais prometi isso a ela e já vou ligar agora para esclarecer isso, faz meses que não falo com a Dona C.”*

Assistente Social: *“enfim, o que ela resolveu fazer.”*

Terapeuta Ocupacional: *“então eu disse a ela que não temos essa condição de pedir ambulância sempre que o paciente precisa acontece que às vezes da certo e conseguimos, mas que não dá para garantir que na segunda iremos conseguir e aí a orientei a chamar a SAMU e levá-lo, pois não dá também para ficar esperando nesta situação que ele está.”*

Enfermeira: *“na verdade ela tá forçando a gente a trocar a traqueia.”*

Terapeuta Ocupacional: *“sim, é isso mesmo que ela quer.”*

Assistente Social: *“e o problema não é só esse, conseguir a ambulância, primeiro precisa conseguir a traqueia.”*

Terapeuta Ocupacional: *“Enfim, disse a ela que não podíamos prometer que conseguiríamos resolver na segunda e que era melhor seguir as orientações da médica e levá-lo imediatamente ao hospital, devido aos riscos.”*

Assistente Social: *“ela me ligou, hoje, para dizer que chamou o SAMU na sexta e que foram trazidos ao Hospital, mas que foi muito mal atendida no hospital, e que gostaria de atendimento da fisio junto na visita médica de amanhã, pois toda vez que ela o aspira paciente sai sangue e acredita que deve ser algum machucado ocasionado no hospital, pois disse que os profissionais mexeram tanto que pode ter machucado.”*

Enfermeira: *“ela disse se trocaram a traqueia?”*

Assistente Social: *“ela não disse e eu também acabei não perguntando.”*

Fisioterapeuta: *“ok amanhã então eu vou junto com o médico.”*

Médica Geriatria: *“Então vamos falar do Caso Novo agora”*

Aluna do Serviço Social: *“bom vamos, o caso novo é o Sr. D, natural de Pernambuco, casado há 45 anos, com 84 anos, casado com a Dona N de 74 anos. Foi motorista, é aposentado, e suas queixas maiores são: fratura na coluna, catarata e Alzheimer.”*

Assistente Social: *“ele foi encaminhado por quem?”*

Aluna do serviço social: *“foi encaminhado pelo ambulatório de quinta (Amb de Neuropsiquiatria), pois devido a fratura da coluna tava muito difícil de vir as consultas, pois tem muita dificuldade para ficar muito tempo em qualquer posição. Ele tem três filhos, um deles mora com eles, mas quem veio conversar conosco*

foi à filha, a qual é a mais informada sobre o caso e que ajuda os pais nos cuidados.”

Assistente Social: *“mas quem cuida dele?”*

Aluna do serviço social: *“é a própria esposa com supervisão da filha. Em relação à renda, a esposa não tem somente o paciente que recebe R\$: 700,00 e a filha que tem R\$: 2.000,00 e ajuda. O outro filho só mora com eles e a irmã não sabe qual é a renda dele.”*

Assistente Social: *“mas para o serviço quem ficará responsável é esta filha?”*

Aluna do serviço social: *“sim, mas não teria porque a cōnjuge ser a cuidadora.”*

Assistente Social: *“mas, nós temos uma regra de que quando são dois idosos tem que ter mais outra pessoa responsável.”*

Aluna do serviço social: *“sim, mas a Dona N é quem cuida dele no dia a dia, ela controla a Medicação e quando precisa tem uma moça que vai ao domicílio alguns dias e ajuda bastante, e o filho que mora lá, quando está em casa e precisa alguma coisa também ajuda, principalmente quando o idoso tem alteração de comportamento e fica perambulando à noite é o filho que cuida para a mãe poder descansar. Enfim, os filhos são presentes, mas quem cuida mesmo é a esposa.”*

Residente: *“em relação à parte médica, as queixas principais da família são as alterações comportamentais, ele tem Diagnóstico de Demência Mista com diminuição do sono com perambulação noturna, agressividade, urina e evacua pela casa e tudo isso tem sido um estresse grande para a família. Essas alterações pioraram há cinco meses. Fica deitado o tempo todo devido à dor na coluna, e com qualquer mobilização a dor piora. Ele tem uma ressonância que mostrou fratura importante de T2 até L.”*

Assistente Social: *“como ele fez essa fratura?”*

Residente: *“a esposa não sabe dizer direito, mas parece que além da geriatria ele é acompanhado em outro ambulatório, e nós falamos para ela que caso ele fique no programa iremos precisar de um relatório desse outro ambulatório bem detalhado. Ele tem pouca melhora com analgésicos simples, tem história de hipertensão, já teve quatro AVCs. Tem FA crônica, Infecções urinárias e Doença de Alzheimer com diagnóstico há dois anos e meio e tem essa osteoporose com fratura em T2, L1, L2 e L3. De antecedentes familiares tem diabetes, hipertensão e demência e ele também tem HPB. Tem diminuição limitante da acuidade visual*

por catarata, sem queixas visuais, dificuldade para mastigação, pois perdeu a prótese inferior. Refere uma dor de cabeça, quase que diária e bi frontal, latejante e já chegou a vir ao pronto socorro por isso e foi atendido na neuro e passara Miosan sem melhoras. Refere também uma tontura, a qual achamos que é por hipotensão postural, pois fizemos as medidas deitado e em pé e houve uma queda importante.”

Aluna do serviço social: *“ele tem aquela questão que fica com papel higiênico o tempo inteiro e vai acumulando.”*

Residente: *“é sim, ele tem uma amenorréia e fica lacrimejando o tempo inteiro, é visível. Aí escorre, ele vai usando papel e jogando no chão. Tem um tremor unilateral à direita bem discreto, com alteração de marcha, bem lentificada, tem irritabilidade, se ouve uma negativa fica bem irritado, agitação psicomotora com agressão física contra a esposa, distúrbio do sono e sintomas depressivos com choro fácil e refere tristeza. Tem a queixa de memória, não quer mais tomar banho, esquece que comeu aí quer comer toda hora. Sem queixas cardiorrespiratória, tosse seca, hábito intestinal a cada 3 dias, nicturia 4 vezes e tem sintomas prostáticos. Não tem úlcera por pressão, abdômen normal. De neurológica tem uma posição fletida e antálgica, com cifoescoliose.”*

Enfermeira: *“ele é incontinente?”*

Residente: *“não era.”*

Geriatra: *“ele usa fralda?”*

Residente: *“não usa, pois não aceita, ele não é incontinente, ele urina onde da vontade por uma alteração comportamental.”*

Enfermeira: *“e a casa tem odor de urina?”*

Aluna do serviço social: *“a esposa até nos disse se não estávamos sentindo o cheiro, mas não, a casa é bem limpinha.”*

Residente: *“De Medicação tá usando paracetamol, dipirona, miosan há quase uma semana sem melhoras. No ambulatório foi prescrito quetiapina (Medicação para controle comportamental), mas o filho não confia muito nas medicações que às vezes são prescritas.”*

Assistente Social: *“essa questão da medicação é um pouco complicada.”*

Residente: *“fica difícil a gente saber ao certo se há uma medicação que pode estar piorando o quadro, devido ao filho fazer alterações, não sabemos ao certo*

se faz uso contínuo do remédio para poder avaliar os efeitos. Eles acharam que era a quetiapina e pararam de dar, mas não dá para saber ao certo dessa forma e eu já avisei que se for para ser acompanhado no programa não dá para ser assim, pois se vocês não seguirem o que a gente orienta não tem porque ficar no programa. Porque quem prescreve e entende somos nós, então tem que ter confiança.”

Residente: *“de conduta o que a gente fez, foi aumentar a dipirona para 40gotas de 6h em 6h horas e prescrevemos Tilex de 7,5mg de 6h/6h, aumento de ingestão hídrica e micção programada de 2h em 2horas e a gente deixou um pouco de prednisona para ver se melhora a dor por quatro semanas e introduzimos sertralina 25mg e aumentar para 50mg após uma semana e programar encaminhamento da esposa para ambulatório de cuidadores.”*

Geriatra: *“nós temos o RH dele.”*

Assistente Social: *“vamos pedir para a secretária fazer”.*

Geriatra: *“para verificar os exames já feitos e ver se precisa pedir mais algum e vamos pegar o prontuário do ambulatório para dar uma revisada e ver o que já foi feito.”*

Com o término dos casos a equipe encerra a reunião

Transcrição Reunião Multiprofissional PADI - Arquivo 61026

A reunião foi iniciada pela aluna de residência em geriatria em virtude de um atendimento de urgência.

Residente: *“a dona A. foi visitada devido à piora dos espasmos musculares, e a filha disse que isso foi depois que parou o baclofeno, eu reintroduzi a Medicação, mas ela teve crise convulsiva e suspendemos a Medicação... liguei ontem para saber como ela estava só que ninguém atendeu na casa.”*

Assistente Social: *“é que a empregada fica sozinha quando a filha sai, e elas ficam com medo de alguma coisa e a filha pede para a empregada não atender ao telefone, parece que é de assalto.”*

Residente: *“mas acho que não teve intercorrência.”*

Assistente Social: *“se tivesse ela ligaria.”*

Residente: *“eu aumentei a ingestão de cálcio e vitamina D”.*

Geriatra: *“agora é a dona N., foi visitada pela terapeuta ocupacional”*

Terapeuta Ocupacional: *“fui conhecê-la e avaliá-la... é uma paciente que usa órtese, ela falou que fica aproximadamente das nove ao meio dia com a órtese, mas a paciente reclama muito que não gosta de usar, aos finais de semana ela vai para o sítio... Ela não é muito contactuante, não fala muito é bem difícil, então eu perguntei: Gosta de ir ao sítio? “Gosto”. Esse é a única atividade de lazer dela, porque do resto ela fica o dia inteiro na frente da televisão e naquela cama. A cuidadora que estava lá tem dois meses que ela está lá, no total são três cuidadores que se revezam. Esta está há dois meses, a outra há um mês e tem outra que está de licença que é a que mais conhecia a paciente.”*

Enfermeira: *“são três cuidadoras?”*

Terapeuta Ocupacional: *“sim, mas por enquanto são duas, porque a tem esta de licença, é a que está lá há anos e conhecia mais a paciente.”*

Enfermeira: *“nossa, mas para quem não tinha ninguém, depois que arrumou um namorado ela se cercou de bastante gente.”*

Assistente Social: *“mas também ela a colocou para morar em cima.”*

Residente: *“mas a paciente arrumou namorado?” (risos)*

Enfermeira: *“não, é a filha da paciente que era cuidadora. Mas agora morando em casas separadas está muito melhor, pois a filha era muito neurótica por causa da mãe e a dona N. ficava de saco cheio dela. Melhorou para a filha e para a mãe.”*

Assistente Social: *“essa mudança foi boa para as duas, foi uma estratégia que elas encontraram.”*

Aluna do serviço social: “eu não sei, pois a filha continua com aquela questão de faz de conta que nada acontece principalmente em relação à Medicação do antidepressivo... não sei se ela tá tomando ou não, e o anti-hipertensivo também.”

Enfermeira: *“ela não está tomando os dois?”*

Fisioterapia: “a gente acha que não, pois toda vez que a gente vai lá à pressão tá alta.”

Assistente Social: *“nós já tínhamos conversado sobre isso, o que foi que a gente combinou? Que alguém ia abordar e verificar se ela está tomando ou não.”*

Enfermeira: *“marca pra mim então que eu vou.”*

Terapeuta Ocupacional: *“mas tem visita médica amanhã.”*

Assistente Social: *“então as meninas vão amanhã e checam.”*

Enfermeira: *“se checar e verificar que não esta tomando temos que ter uma conversa com ela.”*

Aluna do serviço social: “aproveitando que vocês vão, outra coisa que já foi solicitado e orientado várias vezes é providenciar o cartão azul, da importância dele. No começo ela tinha um bom vínculo com a gente e agora nem tanto”.

Assistente Social: *“explica para ela amanhã na visita que o cartão azul é requisito para ela estar no programa, que é ele que a identifica como usuária do sistema único de saúde SUS. Que vai ser difícil internar se precisar, que vai ficando cada vez mais difícil coletar exames, porque a enfermeira coleta exames com um RG provisório do paciente e não estão aceitando mais... podem dizer isso.”*

Geriatra: *“a gente tem dúvidas se a Dona N que não aceita tomar o medicamento ou se é a filha que não esta dando atenção e não dá o medicamento.”*

Enfermeira: *“então tem que checar isso.”*

Assistente Social: *“a gente vai tentar ver como encaminha isso pra ver ate que ponto da para segurar.”*

Residente: *“tem que dar uma insistida até eles entenderem a importância da Medicação.”*

Enfermeira: *“vê o que vocês conseguem amanhã senão eu posso ir na segunda.”*

Assistente Social: *“essa do cartão azul é importantíssima, até por que já foi passada cinco vezes e esta até anotado na pasta dela... alias fala isso pra ela, pois se ela não tirar o cartão não tem condição de continuar no programa devido ao sistema do hospital, inclusive para agendar visita para ela, agora é pelo computador e se não tivermos o número do registro não tem como agendar consulta para ela.”*

Enfermeira: *“eu já tinha falado isso da última vez que eu fui lá e foi difícil tirar os exames dela.”*

Geriatra: *“o pessoal que foi da última vez só falou com a cuidadora, pois a filha não estava lá.”*

Aluna do serviço social: “mas na volta encontramos com ela na rua, reforçamos a importância do antidepressivo e ela respondeu “Ah, mais ela tava tão alegre hoje de manha”... e em relação ao cartão azul ela disse que na mudança ela perdeu a solicitação e imediatamente fizemos outra, alguém veio aqui no PADI buscar e não sabemos se ela já providenciou o cartão.”

Geriatra pergunta à Terapeuta Ocupacional: *“você acha que comunicação alternativa pra ela funcionaria?”*

Terapeuta Ocupacional: *“podemos tentar, mas eu acho difícil, pois eu acho que primeiro temos que ver essa coisa da depressão, pois mesmo incentivando a resposta dela é muito limitada, no máximo ela responde com a cabeça ou com respostas simples tipo sim e não, ou às vezes nem respondia, ela ficava olhando para a televisão... Eu até perguntei se ela tava me ouvindo direito, mas a cuidadora disse que quando ela não quer falar ela finge que não está ouvindo... a casa dela é muito vazia (sem móveis), não tem características da paciente, simplesmente não fizeram nada. Eu perguntei se ela tinha fotos do sitio para me mostrar, mas ela só resmungou como se estivesse brava. A cuidadora me disse que está tudo na casa da filha.”*

Fisioterapia: *“é por que a casa tá assim, chão e teto.”*

Assistente Social: *“porque mudou pra lá agora.”*

Fisioterapia: *“tá tudo muito vazio, sem graça, sem coisas pessoais dela, aí eu tava falando pra terapeuta ocupacional se gente podia conseguir caracterizar esse apartamento.”*

Terapeuta Ocupacional: *“eu acho que se a gente conseguir melhorar essa coisa do humor a gente consegue entrar com uma comunicação alternativa pra ela. Com relação à independência, a cuidadora disse que não fica fazendo por ela em tudo, tenta deixar ela fazer, nas transferências ela consegue levantar da cama, mas é lógico que ela precisa de auxílio. No banho a cuidadora só segura o chuveirinho é a paciente que se limpa.”*

Assistente Social: *“eu acho que se você pudesse abordar com ela (paciente) numa segunda visita se ela tem interesse de você fazer essa comunicação alternativa, aí vai lentamente fazendo as coisas, porque talvez ela tenha interesse”.*

Geriatra: *“é porque é uma forma de estimular ela também.”*

Assistente Social: *“e aí uma coisa vai encaminhando com a outra.”*

Terapeuta Ocupacional: *“até pra eu conhecer um pouco sobre a história da paciente, porque ela não é muito de falar e a cuidadora tá lá a pouco tempo e não conhece muito”.*

Assistente Social: *“ela mudou faz pouco tempo.”*

Geriatra: *“mais ou menos, já tem dois meses que ela mudou.”*

Assistente Social: *“ela já mudou há dois meses!”*

Geriatra: *“sim, porque da última vez que as meninas (residentes), foram lá ela já tinha mudado.”*

Assistente Social: *“eu acho que a gente tá numa fase de conhecer e melhorar nossa relação com ela... agora as meninas perguntam do SUS e se for o caso a gente faz outra visita, eu posso ir com a aluna e a gente vai e eu converso com ela sobre essa questão... porque eu não conheço esse paciente também. Vamos ver o que as meninas falam e a gente agenda.”*

Geriatra: *“então agora é a dona J e o Sr. A... foram médico e fiso.”*

Residente: *“então, o Sr. A, a gente chegou lá e ele tava bem descompensado da parte pulmonar, ele tava dispneico, com sibilos e até com dificuldade de falar e*

que tava tendo uma tosse produtiva e que não tava conseguindo eliminar nos últimos dias... nos últimos cinco dias do dia que a gente foi. Não tinha tido febre e a filha falava que ele tava chiando mesmo. Na última visita e até tava dispineuco, mas acharam que era da parte cardíaca e discutiram entrar com furosemida e tenta otimizar mais essa parte, mas pelo o que a gente presenciou parece um DPOC e ele é ex-tabagista.”

Geriatra: *“ficou uma dúvida, se era uma associação das duas coisas.”*

Fisioterapeuta: *“na visita passada ele estava bem, mas com essa queixa.”*

Residente: *“ele tava bem triste também, já tá em uso de sertralina, mas a gente achou melhor aumentar porque ele tava bem tristonho. Ai a gente deixou Levo (antibiótico) 500mg 7dias, Prednisona 20mg sete dias. Ela comprou inalador enquanto a gente tava lá e fizemos uma inalação e deixamos prescrita inalação a cada 6h. Porque ele não quis ir ao Pronto Socorro e nem no posto aí a gente conversou com a filha e ela achou melhor comprar o inalador.”*

Fisioterapeuta: *“e aí eu ensinei exercícios de respiração para ele diminuir o bronco espasmo, para ele ter uma respiração controlada e lentamente.”*

Residente: *“ele respira pela boca”*

Fisioterapeuta: *“isso, ele tem uma respiração bucal e muito curta que predispõe ao bronco espasmo, mas ele entendeu direitinho o exercício e perguntou quantas vezes era para fazer.”*

Residente: *“a gente trocou a Atorvastatina por Sinvastatina porque ela ta tendo dificuldade com o processo para pegar a Medicação, a gente prescreveu também Alendronato, Cálcio e vitamina D.”*

Residente: *“da Dona J. a única coisa que tem e que ela mantém aquele quadro de agitação que ela fica agressiva e agitada, mas parece bem sundowning (síndrome do por sol), pelo que a filha conta é sempre no final do dia e tá dificultando o sono, ela falou que as vezes ela não dorme bem à noite e depois dorme o dia inteiro...é a única queixa dela.”*

Geriatra: *“mas tinha melhorado.”*

Residente: *“é assim, melhora depois volta.”*

Geriatra: *“ela tá com Seroquel.”*

Residente: “então ela tá com 25mg duas vezes ao dia, a única coisa que a gente fez foi deixar com 50mg no fim da tarde. Ela também é diabética e usa insulina oito e quatro (doses), mas ela não tá dando direito porque tem variado muito o destro. Então o que a gente fez foi pedir para ela fazer o controle pra gente reavaliar essas doses... porque ela faz e não anota então ela falou pra gente tudo mais ou menos.”

Terapeuta Ocupacional: “eu vou dar algumas orientações para a filha quanto às alterações de comportamento e prevenção de síndrome do por do sol e estratégias para higiene do sono.”

Geriatra: “agora então é a A., só foi médico.”

Residente: “a única queixa da paciente era de uma tosse produtiva, com chiado no peito e coriza, não teve febre, tava eupneica e mais sonolenta nos últimos dias... de alteração era só isso. Na ausculta ela tinha ronco em ápice de hemitorax direito... e aí a gente achou melhor tratar sim, pois não parecia só um resfriado devido à sonolência, parecia uma traqueobronquite.”

Geriatra: “mas ela é assim mesmo sonolenta.”

Residente: “mas ela tava contactuando, embora fosse muito cedo o horário da visita ela tinha acabado de acordar. Ela também tem sinais clínicos de parkinsonismo, com tremor de face e movimentos repetitivos e tremor de membro inferior em repouso. Então a gente aumentou a dose do prolopa dela que ela tava usando duas vezes ao dia e a gente aumento para quatro vezes ao dia. Prescrevemos Levo para essa traqueobronquite e inalação uma vez ao dia com berotec e atrovent. Ah, ela tem uma fragilidade capilar bem importante e aí a gente deixou para ela tomar vitamina c para ver se melhora alguma coisa.”

Geriatra: “e ela tá hidratando bem?”

Residente: “a gente aumentou também, mas até que a filha hidrata. A gente ficou de ver também se ela tem exames recentes, não deu tempo de eu ver ainda, para ver a necessidade das medicações que ela usa. Ela usa artovastativa de 10mg e Glibenclamida de 5mg, eu não sei se tem exame recente dela. Você sabe? (perguntando para a enfermeira).

Enfermeira: “a última vez que eu colhi exame dela foi dia dois de Agosto. Ela já estava bem mais rígida e apresentando lesões nas mãos.”

Geriatra: “depois foi a visita da AF.”

Residente: *“a única coisa é que ela tá tomando baclofeno 5mg à noite só... eu não sei se isso tá tendo muito benefício e assim ela não anda.”*

Geriatra: *“mas não foi porque introduziu e foi orientado aumentar?”*

Residente: *“não sei... (residente olha no prontuário da pct e lê o que estava evoluído)...” discutir baclofeno e indicação”, “orientado suspender resperidona e introduzir baclofeno 5mg”, é tá reintroduzindo. Aí teve um dia que eles ligaram aqui e falaram que ela tava pior quando suspendeu a resperidona e aí o residente orientou a voltar com a Medicação, e a dose até aumentou, pois, ela tava usando meio (comprimido) de resperidona e agora tá com um inteiro.”*

Geriatra: *“acho melhor suspender esse baclofeno.”*

Residente: *“a gente acha que não tá tendo benefício, porque embora ela seja realmente muito rígida e espástica ela não faz os exercícios, e a filha disse que é super difícil, pois ela não quer e não consegue... então a gente não achou que vai ter tanto benefício. Dela, é só isso, não tem intercorrência, ah ela também teve dificuldade com o processo da atorvastatina, mas a gente resolveu manter já que ela tem fator de risco para AVC.”*

Geriatra: *“depois foi o Sr. D., fisio e TO.”*

Fisioterapeuta: *“fomos eu e a terapeuta ocupacional lá fazer a AGA (Avaliação Geriátrica Ampla)... o Sr. D tem força muscular preservada em todos os grupos musculares, a queixa principal dele é a dor na coluna por conta das fraturas que ele tem. E a gente observou que as dificuldades dele nas AVDs (atividades de vida diária), é devido ao comportamento, a questão da demência, do quadro neurológico... porque ele não tem déficit de força, ele tem um prejuízo no equilíbrio, deu para fazer os testes com ele e o TUGT deu 25 segundos e o teste de levantar e sentar deu 31 segundos. Então é assim ele demora porque ele não entende o que é para fazer, sabe, tem que ficar explicando, ele para no meio e pergunta se é para continuar, mas a questão da força está preservada. Teve déficit de equilíbrio, principalmente unilateral, as estratégias de equilíbrio estão preservadas e falta de coordenação motora, a coordenação motora muito prejudica... ele não fez nenhum dos outros testes.*

Residente: *“ele não usa andador?”*

Fisioterapeuta: *“ele não usa nenhum tipo de dispositivo. A única atividade que ele faz sem ajuda, totalmente independente, é o andar no plano, pra todas as outras atividades ele precisa de ajuda por conta da apraxia dele... eh foi isso.”*

Residente: *“e ele melhorou da dor?”*

Fisioterapeuta: *“ele disse que melhorou ainda dói.”*

Residente: *“é bem importante a dor dele. Ele tem dor na coluna toda, devido a fraturas espontâneas. Ele fica muito deitado, por conta da dor, porque deitado dói menos.”*

Fisioterapeuta: *“e não tem um horário específico que doa, depende da posição do que ele ta fazendo. Ele mora numa casa que tem escada.”*

Geriatra: *“são recentes essas fraturas?”*

Residente: *“não, já tem dois anos que ele acompanha com a reumato.”*

Terapeuta Ocupacional: *“em relação à avaliação da terapia ocupacional, a rotina é desestruturada em razão das alterações comportamentais e das crises que ele acaba tendo. As atividades, ele era motorista e marceneiro, gosta de música, rádio e TV e é religioso, porém ele não faz mais as atividades como antigamente, de prestar atenção na TV e no rádio... a cuidadora disse que não percebe mais ele prestando tanta atenção, ele fica mais ausente tem alteração visual limitante, e ele diz que por isso não presta mais tanta atenção na TV, não é por falta de interesse disse o paciente. A coordenação motora fina e grossa está alterada.”*

Enfermeira: *“e no que dificulta essa dificuldade de coordenação motora.”*

Terapeuta Ocupacional: *“nas atividades, ela tem que ajudar no banho, na alimentação ainda não, mas ela falou que ele faz uma sujeira, mas que ainda ela o deixa, porque eu perguntei e falei: a senhora tem que deixar ele fazer, não pegar as atividades para fazer. Ela me respondeu: “não se preocupa, porque eu o deixo fazer, ele faz errado e eu não fico ajudando em tudo porque eu sei que é pior”. Então ela o incentiva a fazer, mesmo que ele faça errado e faça sujeira ela o deixa fazer... Ela ajuda quando precisa, lógico... pra ir ao banho, mas ele que se limpa. Em relação a parte psicoemocional ela falou que ele chora muito, quando está naquelas crises ele fica muito confuso e agressivo e faz suas necessidades fisiológicas na sala, no quarto. Ela teve até que trancar o quarto do filho, porque é carpete e já tiveram até que trocar o piso.”*

Assistente Social: *“ele não quer usar fralda?”*

Terapeuta Ocupacional: *“ele é bem inflexível, ele não quer fralda, não quer o andador, não aceita ajuda.”*

Fisio: “ele é agressivo com a esposa. Eu até pensei numa bengala como pista visual, mas vai virar uma arma na mão dele e ele vai acabar tacando na cabeça dela. É bem complicado, pois a escada da casa é bem perigosa, a escada que dá para a rua.”

Terapeuta Ocupacional: *“é uma coisa que eu coloquei para orientar na próxima vez que eu for é colocar tranca na porta, ela deixa aberta e ela me disse “vira e mexa eu tenho que correr senão ele sai.”*

Fisioterapia: “ele nem sobe ou desce as escadas sozinho, porque ele não consegue, em hipótese alguma.”

Assistente Social: *“mas ele pode tentar e aí se machucar.”*

Terapeuta Ocupacional: *“sim, ele pode tentar e vai rolar lá pra baixo, aquela escadinha é um perigo. Ah, ele precisa de uma barra de apoio no banheiro, no box do chuveiro, pois já ta começando com dificuldade para se levantar.”*

Geriatra: *“então ele, a gente modificou a Medicação, tem que esperar um pouco agora para ver se tem uma melhora no comportamento. Nem sei se já começou a Medicação nova”*

Residente: *“começou sim, a gente deu umas amostras para ele.”*

Geriatra: *“Agora e a dona M, visita médica.”*

Residente: *“a gente chegou lá ela tava tomando uma super sopa, na mamadeira, de pescoço de galinha (risos).”*

Enfermeira: *“eles (familiares) adoram dar isso para os idosos, falam que é caldo de mocotó.”*

Geriatra: *“ela queria comer?”*

Residente: *“ela não queria comer, mas ele disse que o apetite dela diminui muito, às vezes ele põe na boca e ela fica com o alimento na boca e não quer comer, às vezes ele consegue fazer com que ela engula, mas dá tosse e aí ele para de dar. Mas mesmo assim ela já melhorou bem, ela teve infecção urinária e a gente tratou com Cipro.”*

Geriatra: *“ela tava com fecaloma”*

Assistente Social: *“a gente orientou usar o Nutridrink (suplemento alimentar).”*

Residente: *“ela melhorou bem, eu fui com a enfermeira para colher exames deu uma infecção e agente tratou com Cipro, mas agora ela tá bem melhor do que o dia que eu tinha ido com a enfermeira, ela tá uma gracinha. A única questão mesmo é essa parte nutricional, ela tá com dificuldade para alimentos sólidos, não tem ingerido nada, somente alimentos líquidos e semi-líquidos pela mamadeira.”*

Assistente Social: *“ele teve aqui ontem eu dei o nutridrink para ele e expliquei como usa dei o potinho de dosagem, ele adorou.”*

Residente: *“no exame físico, ela tá com uma dermatite, parece mais cândida, uma micose intramamária bilateral. Ai a gente fez um quite de medicações pra nossa pastinha (risos) e a gente deixou medicamento (cetoconazol) pra ele passar. Deixamos Lactulona, que ele falou que tava dando quatro vezes ao dia, uma sim um dia não, pedimos para ele dar duas vezes todo dia, pra ver se melhora essa questão. Deixamos também nutridrink para começar e explicando também que com a progressão da doença ele não consiga dar tanta coisa e dar conforme ela aceitar.”*

Geriatra: *“bom agora é a Dona M.M.”*

Residente: *“a gente chegou lá e ela tava com muita coceira, deu coceira até na gente (risos). Ela tava quase caindo da cadeira, ela tava se coçando muito, a gente falava calma para ela, mas ela coçava tudo, o corpo todo. Ela (cuidadora), disse que já tinham quatro dias que tava com esse prurido no corpo e não tinha tomado ou usado nada diferente e nem comido nada.”*

Geriatra: *“ela tava seca?”*

Residente: *“tava muito seca também, mas parecia alérgico mesmo.”*

Assistente Social: *“o que será que ela comeu?”*

Residente: *“a única coisa que ela conseguiu relacionar foi o paracetamol que ela tá usando mais.”*

Geriatria: *“mas ela já usava antes.”*

Residente: *“sim, mas tá usando mais e como a gente não conseguiu relacionar com nada achamos melhor trocar o paracetamol por outro. Ela referiu que tá tomando pouca água, de dois a três copos por dia, ela tá muito seca.”*

Assistente Social: *“e o que vocês deram para a coceira?”*

Residente: *“demos na hora, agora temos o nosso Kit... Demos 10 ml de corticóide e ela já foi melhorando. Ela tinha também um odor fétido na urina e a coloração estava mais escurecida, mas parecia mais por desidratação e uma dor no corpo todo. Então demos o xarope na hora, deixamos loratadina por sete dias e predinisona 20 mg por três dias. Orientamos aumentar a ingesta hídrica e trocamos o paracetamol por dipirona pra ver se ela melhora.”*

Geriatría: *“bom agora é o Sr. J, foi só enfermagem.”*

Enfermagem: *“a gente foi lá para colher os exames de sangue dele e assim, continua a maior desestrutura lá. Elas não dão conta, tá muito difícil, para ele esticar a perna eu tive que ir bem devagar, ele até tentou me morder, mas esticou a perna. Ai eu coloquei ele sentado na cama para mostrar a elas que dá para ele sentar... primeiro põe a perna pra fora, depois levanta o tronco e dá para ele ficar sentado.”*

Fisioterapeuta: *“mas ele ficou sentado?”*

Enfermagem: *“ficou, mas precisa de apoio, pois o equilíbrio dele tá todo alterado.”*

Fisio: *“ele tentou ().”*

Enfermagem: *“não, eu falava vamos sentar vamos sentar... ai ele vinha e tentava me morder...ai eu falava não morde, vamos sentar, vamos sentar, não morde...até que ele sentou. E o equilíbrio dele tá muito ruim, não dá para ele ficar sentado sem apoio... e o que me preocupa é que ele tá ficando rígido, estica a perna quando quer e fica deitado sobre essa incisão cirúrgica recente. Então eu falei para elas o seguinte: ele tá molhado de urina, não pode deixar ele molhado desse jeito, ele fica molhado assim porque vocês não trocam na hora que tem que trocar. Tem que virar ele no leito, primeiro eu falei para colocarem um lençol de elástico na cama e depois um forro para ajudar a virá-lo. Viramos ele do outro lado deixei-o apoiado com coberta para não voltar na posição. O pé dele ela pôs uma gotinha de papaína e fechou o curativo com gases. Já cansei de falar que tem que embeber a gase em óleo de girassol e colocar papaína no local da ferida. Ela põe uma gase só e a papaína fora da geladeira. A cuidadora me respondeu: “A senhora não falou que tinha que por na geladeira”. Eu respondi: lógico que eu falei inclusive tá escrito na prescrição.”*

Residente: *“ela esquece muito as coisas.”*

Residente: *“eu acho que isso é só cansaço mesmo.”*

Enfermagem: *“ele tava muito sonolento, tá tomando tramal e novalgina.”*

Fisioterapia: *“quando eu fui também, tava horrível, enquanto comia ele dormia.”*

Enfermagem: *“a cuidadora me perguntou o que ela devia fazer, eu disse que conversaria com a equipe médica, pois eu não consegui avaliar se isso era dor, ou algum trauma ou porque ele não quer que mexa nele mesmo, mas às vezes eu vou lá, a gente vai conversando eu vou esticando a perna dele e ele não faz nada.”*

Residente: *“o dia que a gente foi lá não podia nem olhar para a perna dele, quanto mais mexer, só da gente olhar ele já gritava.”*

Terapeuta Ocupacional: *“e o pior é que as cuidadoras se desesperam, acham que a gente tá matando ele.”*

Assistente Social: *“agora vocês imaginam gente, vocês que são preparadas ele grita, agora imagina ela sozinha cuidando dele... ela não vai conseguir.”*

Enfermagem: *“ela não cuida dele... ele leva três horas para comer.”*

Fisioterapeuta: *“mas ele não deixa.”*

Assistente Social: *“mas ela não consegue ela também é velha.”*

Enfermagem: *“lá a gente precisava fazer aqueles intensivões sabe... ir lá toda semana, até elas incutirem qual é a posição, aquela cama tá péssima, aquela cunha então.”*

Fisioterapeuta: *“a gente fez isso, eu fui lá umas seis vezes nessas últimas semanas, ela não segue, ela não faz.”*

Residente: *“ela não é limitada?”*

Assistente Social: *“não gente, ela não é limitada. Do ponto de vista educacional ela fez até aquele curso de economia doméstica. O que ela não tem é condição física... ela entende, não é limitada e ele que é difícil.”*

Geriatria: *“e aquela outra que fica lá?”*

Assistente Social: *“não ajuda e só atrapalha a cuidadora falou que não sabe mais o que fazer com a ela, pois ela só dá trabalho para ela. A cuidadora tem a máxima da boa vontade, nós nunca tivemos um cuidador aqui que deu quinze dias de injeções certinhos num paciente.”*

Geriatra: “então, pro seu J a gente vai ver os exames, fazer uma cartinha pro ortopedista.”

Enfermagem: “e o intensivão, não vamos fazer? Porque o Senhor J, o que ele precisa é de fisio na casa dele, porque se ele não fizer vai perder tudo. Ele precisa ou de um centro de reabilitação que fosse buscá-lo e levá-lo.”

Fisio: “ou de atendimento domiciliar de duas a três vezes por semana e seguir as orientações também.”

Geriatra: “tá então vamos marcar para voltar lá. Agora é a M.C....

Enfermagem: “eu fui à dona M.C para fazer a AGA (avaliação geriátrica ampla), bom pra resumir, ela esta já com imobilismo, com integridade cutânea e mucosa alterada, com a nutrição alterada, mas no geral ela tem um score de Braden (escala de avaliação para úlceras por pressão) de seis, ela é uma úlcera ambulante, embora não tinha ferida aberta, e isso é porque a cuidadora dela é porreta. Ela está com as vacinas em dia, acamada, consegue se comunicar bem, fala bem baixinho, ela toma banho um dia sim um dia não, às vezes é no leito ou no chuveiro, isso vai depender de como a cuidadora está, mas assim ela tava muito limpinha sem problema nenhum. Ela não usa prótese, mas a cuidadora faz higiene da boca e ela tá com a sonda nasointestinal que é uma coisa que eu queria discutir, porque ela tá com uma secreção amarelada e fétida... ela troca aquela sonda pelo menos a cada dez dias, o SAMU é cliente (risos) dela de levá-la pra trocar.”

Geriatra: “mas trocou de novo depois que a gente foi lá da última vez?”

Enfermagem: “sim, porque a paciente arranca, menos estando com luvinha. A cuidadora é a favor de fazer uma gastrostomia, aliás, ela é a favor de fazer, pois vai ficar mais fácil para ela.”

Assistente Social: “todos nós já sabemos que é a melhor coisa, mas quase apanhamos por sugerir isso.”

Enfermagem: “pois é eu não sabia da história do filho e aí eu disse a ela que falaria com a equipe na reunião para vê a possibilidade de fazer uma gastrostomia e depois daríamos um retorno e eu queria ver com vocês a possibilidade de conseguir a dieta pelo SUS, existe essa possibilidade?”

Assistente Social: “existe, mas não é no mesmo dia que consegue colocar a gastro e consegue a dieta.”

Enfermeira: “ok, então vamos fazer, pois, eles estão comprando e outra coisa, quando o paciente sai do hospital com o prognóstico de usar sonda por tempo indeterminado, o ideal é que já saia com a sonda.”

Assistente Social: “sim, mas neste caso houve um problema.”

Enfermagem: “ok, então fechando esse caso, eu vi as úlceras dela, são duas em trocanteres, uma em grau II que tá fazendo curativo, eu orientei, tem uma sacral cicatrizada e a outra tá com uma casquinha, mas não é tecido necrótico. Os pés estão bem, ela dá a dieta direitinho, só tem esse por menor, tem contraturas em membros inferiores, as eliminações estão normais... ela quer participar do ambulatório de cuidadores, ela tá com pressão alta e deu mau jeito na coluna lombar e foi no AMA, deram injeção no local errado e piorou muito, bom então precisamos fazer algo pela cuidadora, ela é uma bomba, vai explodir a qualquer momento, tá muito mal, com 18x12 de pressão.”

Geriatra: “ela te falou alguma coisa em por a mãe numa instituição?”

Enfermagem: “falou que agora não.”

Residentes: “pra gente ela falou sim que gostaria de por.”

Enfermagem: “mas eu acho que ela tem que por sim, senão essa mulher vai ficar louca, mas eu acho que ela quer sim por a mãe numa instituição, alugar uma casa pra ela ficar com a filha e as netinhas

Assistente Social: “Ela pode até desejar isso, mas não vai conseguir concretizar.”

Enfermeira: “bom eu saí de lá com as seguintes idéias: colocá-la no ambulatório de cuidadores, ver a possibilidade da gastro e conseguir a dieta pelo SUS, assim ajudamos a desmamar um pouco a parte financeira do filho.”

Residente: “isso a gente já fez, a colocamos na lista de espera da enfermaria, é que não teve vaga ainda para por a gastro.

Geriatra: “então gente, terminando a dona M.C., eu vou pegar o celular do filho, vou falar pra ele o que a gente tá fazendo por meio da geriatria, que temos somente quatro leitos, que a residente vai tentar com uma amiga da endoscopia e queríamos saber o quanto ele pode ajudar.

Geriatra: “vamos falar do próximo caso que é a Dona J,”

Enfermeira: “eu fiz coleta de exame de sangue e de urina, e aí como as meninas foram para examinar elas viram o resto... só orientei porque a pele tava muito ressecada... muito mesmo.”

Residente: “é tá muito ressecada mesmo, a pele parece pele de macaco e a mão parece uma borracha.”

Enfermeira: “a casa é bem melhor do que ela estava, é ensolarada, tem piso frio... é muito legal. O que eu senti é que a família agora está mais junta. A Filha, cuidadora, não dorme mais no sofá, agora ela tem uma cama. A dona J está bem cuidadinha só que com a pele muita seca.”

Residente: “na parte médica ela tava com uma queixa de odor fétido na urina já há alguns dias e realmente o cheiro dava pra sentir de longe, tava muito forte mesmo. Aí colhemos urina pra gente ver se vai precisar tratar... Aumentamos ingesta hídrica e orientamos hidratação de pele. E assim, a filha/cuidadora é bem resistiva a questão da obstipação da mãe, que já tá assim de longa data e ela não quer dar nada e fala que tá bom do jeito que tá. O chá de sene já foi orientado umas três vezes e ela falou que não, que tem medo de dar diarreia. Tudo que a gente fala ela fala que já fez ou que não quer fazer, então a gente nem insistiu muito.”

Enfermeira: “é assim, eu nunca tinha convivido com essa família, com essa nova casa agora eles ficam todos muito juntos e só a filha deu atenção pra gente, eu acabei fazendo a limpeza da paciente que não tinha tomado banho ainda, eu acabei arrebentando com meu braço, mas fiquei com dó... Mas normalmente quando a gente vai lá ela tá sempre limpinha, desta vez ela estava com cheiro muito forte de urina.”

Residente: “então dela é só checar a urocultura mesmos.”

Enfermeira pergunta à Assistente Social: quantos filhos a dona J. tem?

Assistente Social: “Por quê? Qual é o problema?”

Geriatra: “faz três anos que a paciente tá no PADI e agora a cuidadora quer que os irmãos ajudem nos cuidados.”

Assistente Social: “Há quatro semanas, eu chamei para o ambulatório de cuidadores o irmão da cuidadora... fiz entrevista com ele passei que ele precisa ajudar mais a irmã, ele ficou de me trazer o retorno da reunião com os outros irmãos. Então gente, isso é um processo e eu estou aguardando o retorno dele. Então estamos num processo, eu coloquei para ele que durante muito tempo ela

conseguiu cuidar de tudo sozinha e que agora não consegue mais. Ele entendeu tudo, mas não decidi sozinho, quando eu tiver o resultado, seja negativo ou positivo disso conversaremos na reunião novamente para discutirmos o que fazer.”

Geriatra: “Ok vamos agora para o Sr. JP”

Residente: *o Sr. JP está bem, sem nenhuma intercorrência, está com 101 anos, mantém as alucinações visuais dele, continua vendo muita formiga, aí a cuidadora fala que liga o secador e as formigas vão embora, então ela tá conseguindo criar umas estratégias muito boas. Aí ela falou que ele começa chamar os familiares, chamá-la pelo nome da esposa dele e ela responde como se fosse. Ela tá bem acostumada, ela disse também que ele tem muito delírio de roubo, que alguém tá roubando ele, mas daí ela fala pra ele que já pegou de volta, então ela vai contornado assim... negou agitação e distúrbio do sono, ela falou que oscila muito o nível de consciência. Ela disse que ela está cada vez mais apático, mas acha que é da evolução da doença. E o hábito intestinal continua com um obstipação importante e ela não quer dar laxante e continua tirando manualmente as fezes, pois diz que o laxativo não adianta. Fica o dia todo sentado, ela diz que não consegue mudá-lo de posição, tem uma úlcera sacral, mas pelo que ela disse e pelo que está evoluído no prontuário está melhor. “Orientei apenas inserir na dieta, alimentos que favoreçam as eliminações e é isso então.”*

Com o término das discussões dos casos a reunião é encerrada.

-
- Aquino MA. Configurações etnográficas demarcando um território de pesquisa: aula de leitura em sala de aula universitária. 2001. Disponível em <http://www.ldmi.ufpb.br/mirian/artigos.htm>. [acesso 2011 Junho 15].
- Arruda EN, Gonçalves LHT. Organizadoras. A Enfermagem e a arte de cuidar. Florianópolis (SC): Editora da UFSC; 1999.
- Bardin L. Análise de Conteúdo. 3ª Ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- Beauvoir S. A velhice. A realidade incomoda. Tradução Maria Helena Franco Martins. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1990.
- Brasil. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=153
- Brasil. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=153
- Campos GWS, Domitt, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública [online]. 2007 [acesso em 6 de Setembro de 2011], 23(2):399-407. Disponível em: www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102.
- Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciência e Saúde Coletiva. 2000;5(2):219-30.
- Carpenito LJ. Desgaste da Pessoa que presta cuidado: risco para desgaste da pessoa que presta cuidado. In: Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem – Aplicação à prática clínica, p109-14. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Cecilio LCO, Merhy EE. O singular processo de coordenação dos hospitais. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v.27, n.64, p.110-22. 2003.
- Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface; Comunicação Saúde Educação v.15, n.37, p.589-99, abr./jun. 2011.
- Chizzotti A. Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais. Petrópolis, Vozes, 2006.
- Cott CA. Trabalho em equipe. In: Pickles B. et al. Fisioterapia na Terceira Idade. Cap. 28, p 413-22 1ª ed. São Paulo, Livraria Santos. 1998.
-

-
- DaMatta R. Ofício do Etnólogo ou como ter anthropological Blue. In: Nunes. E (org). A Aventura Sociológica: objeto, paixão, improviso e método na pesquisa social. Rio de Janeiro. Zahar, 1978.
- Debert GG. A Reinvenção da Velhice. SP: Editora USP/FAPESP. 1999. In: Néri AL. Palavras-chave em Gerontologia. p 69-70. Campinas. Alínea. 2001.
- Fernandes MGM, Fragoso KM. Atendimento domiciliário ao idoso na atenção primária à saúde. Revista APS. jul./dez. 2005;8(2):173-80.
- Feuerwerker LCM, Sena RR. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida?. Revista Olho Mágico - Vol. 8 - Nº 3 set./dez.2001 Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/N18/enfoque.htm>. [acesso 2011 Dez.10].
- Filho WJ, Sitta MC. (1996). "Interprofissionalidade". In: Papaléo Netto M. Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo, Atheneu. 2005.
- Foucault M. O nascimento da Medicina Social. Microfísica do poder. Tradução Roberto Machado. 23ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.
- Franco TB, Merhy EE. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.13, n.5, p.1511-20, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2010.
- Freitas EV. Demografia e Epidemiologia do Envelhecimento. In: Py L, et al. Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. p.15-38. Holambra. Ed. Setembro, 2006.
- Giacomozzi CM, Lacer MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4):645-53.
- Giatti L, Barreto SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2003, vol.19, n.3, pp. 759-771. ISSN 0102-311X. [acesso 2011 Out. 06]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300008&script=sci_pdf&tlng=pt.
- Horowitz A, Silverstone BM, Reinhardt JP. A conceptual and empirical exploration of personal autonomy issues within family caregiving relationships. Gerontologist. 1991;31(1):23-31.
-

Izzo H, Gruner T. Impacto da Internação Hospitalar na Capacidade funcional do idoso em enfermaria Geriátrica. *Mundo da Saúde*. 2005;29(4):629-38.

Kalache A. O envelhecimento da população mundial: uma realidade nova. *Cad. Saúde Pública*, 1987; 3(3):217-20.

Karsch, U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública*, jun. 2003, vol.19, no.3, p.861-866. ISSN 0102-311X.

Lapassade G. As Microsociologias. Série Pesquisa em Educação V9. Liber Livro Editora. Brasília. 2005.

Mazza MPR, Lefèvre F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso*. *Rev Bras Cresc Desenv Hum*. 2005;15(1). São Paulo, abr. 2005.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, Emerson E, Onocko, Rosana. *Agir em saúde. Um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec / Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 71-112.

Merhy EE. Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. *Desafios para os modos de produzir o cuidado centrado nas atuais profissões*, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/prefessores/merhy>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. 2004.

Ministério da Saúde. Resolução RDC Nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Brasil: ANVISA; 2006 [acesso em 2011 Out.16]. Disponível em: <http://e-legis.ANVISA.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word=rdc%202006%20domiciliar>.

Neri AL, Carvalho VAML. O bem estar do cuidador: aspectos psicossociais. Freitas, E. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2006. 2ª Ed. cap.94, p. 778-89.

Neri AL. Palavras-Chave em Gerontologia. p 69-70. Campinas. Alínea. 2001.

Netto MP, et al. *Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica*. 2ªed., São Paulo. Atheneu, 2005.

Netto MP. O Estudo da Velhice no Século XX: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: Freitas E, et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2006. Cap.1, p. 02-12.

-
- Nunes ED. Interdisciplinaridade: conjugar saberes. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro; v.26, n.62, p.249-58, set./dez. 2002.
- Paschoal SMP. Autonomia e Independência. In: Netto MP. *Gerontologia*. São Paulo. Atheneu, 313-23, 1997.
- Paschoal SMP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto M. (Org.). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 26-43.
- Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva; 1998.
- Peduzzi M. Equipe Multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*. 2001;35(1). São Paulo.
- Queiroz DL, Vall J, Souza AMA, Vieira NFC. Observação participante na Pesquisa Qualitativa: Conceitos e aplicações na área da saúde. *Revista Enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro, 2007 abr/jun;15(2):276-83.
- Ramos LR. Epidemiologia do Envelhecimento. In: Freitas E. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2002. cap.7, p.72-8.
- Ricarte LPC. Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. 2009. Disponível em: repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf.
- Vasconcelos EM. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 343.
- Wielewicki VH. A pesquisa etnográfica como construção discursiva. *Acta Scientiarum (UEM)*. 2001; Maringá; 23(1):27-32.
-

ABSTRACT

Objective: understand how the theoretical concepts of Gerontology, in particular the emphasis on interdisciplinarity, are placed in the practice of clinical management of elderly people health care. **Methodology:** This is a qualitative study based on case study methodology, with purposeful sampling, whose the field study was conducted in a home care program to the elderly in a federal university in São Paulo city, from September, 2010 to December, 2010. To collect the data, we used the technique of participant observation, which took place in two situations. The first one was during the weekly staff meeting and was aimed to understand how a multidisciplinary team organizes itself to execute the production of elderly health care, in particular the contribution of each profession in order to produce the therapeutic plan for each patient and his/her specific needs. The second situation was during team visitation to households and aimed to directly observe the relationship of staff among patients and caregivers, in particular the division of tasks among professionals. The meetings were recorded and later transcribed. As the empirical categories were delineated, we adopted a classification of the multiple dimensions of care management through an analytical grid, with the premise that the management of health care takes place in multiple dimensions, immanent to each other, each and all of them, specificity that can be known for purposes of reflection, research and intervention. **Results:** We identified seven empirical categories: supervision x autonomy: struggle daily life, caregiver stress, technical care x bedside care, field and core knowledge and practice: interdisciplinary daily exercises, the nurse as manager of care giving, professional regulation of access to health services, when shortages hamper the proper care, through which it was possible to verify the impact of protection for elderly, the importance of technical care conjunction with careful layperson performed at home for the implementation of the plan of care that developing an interdisciplinary practice depends heavily on the interaction among the specialties, thereby providing displacements of the professional groups in order to create a joint construction ahead to the users needs and even for a complex public policy patients, families and the program face several difficulties for a comprehensive caregiving. **Conclusion:** From the results, we can observe the production of care through interdisciplinary work and the need for a greater appreciation of elderly people and their demands for the implementation of public policies.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Felício JL, Pessini L. Bioética da Proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. Revista Bioética 2009. 17(2): 203-20.

Lemos ND, et al. PADI – Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso: 8 anos de experiência. Rev Terceira Idade. São Paulo, v18, nº38, p.49-56, fev. 2007.

Pires MRGM, Gottems LBD. Análise da gestão do cuidado no Programa de saúde da família: referencial teórico-metodológico. Rev Bras Enferm. Brasília 2009 mar-abril; 62(2): 294-9.

Rother ET, Braga MER. Como elaborar sua tese: estrutura e referencias. Ed 2ª Revista e ampliada. Unifesp. São Paulo. 2005.

Silva KL, et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev Saúde Pública. 2010; 44(1):166-76.



HOSPITAL SÃO PAULO

FORMULÁRIO PARA RELATÓRIO PARCIAL

CEP Nº 0382/10

CONEP Nº

Título do Protocolo:

Gerontologia: do discurso à prática interdisciplinar na gestão clínica dos cuidados a saúde do idoso.

Nome Pesquisador Principal: MARIELA BESSE

1. Qual o estágio do estudo no momento?

O estudo se encontra na fase de análise dos dados.

2. Qual o N amostral alocado no estudo? Qual o N total proposto para o estudo?

3. Houve necessidade de alteração na estrutura do projeto? Título? Material? Método? Objetivos? Detalhar e justificar alterações.

Após a qualificação do projeto, frente às considerações da banca, se fez necessário alterar a técnica de coleta de dados e a amostra.

Técnica de Coleta de dados seria realizada por meio de entrevistas individuais, semi-estruturadas, com especialistas em geriatria e gerontologia. A partir da recomendação da banca de qualificação, para a coleta de dados decidiu-se utilizar a observação participante, na qual o pesquisador acompanha a rotina de um serviço de assistência domiciliar a população idosa, o qual conta com atuação de uma equipe multiprofissional, onde é observado tanto os atendimentos domiciliares quanto as reuniões da equipe.

A realização desta observação participante conta com a autorização do chefe do serviço para a realização da pesquisa como a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido dos membros da equipe.

Novo Título: A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM GERONTOLOGIA E A PRODUÇÃO DO CUIDADO: um estudo de caso

4. Por quanto tempo mais o estudo se estenderá?

Até Fevereiro de 2012

5. Resultados parciais ou totais apresentados em congresso?

Não

6. Resultados parciais ou totais já publicados?

Não

Assinatura do Pesquisador Principal: _____ Data ____/____/____

Caso o espaço nos campos seja insuficiente utilize folha complementar (Não preencher a mão)